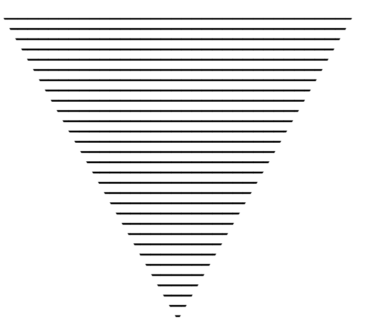
Клиническая психология



Onno Van der Hart,
Ellert R. S. Nijenhuis, Kathy Steele

The Haunted Self

Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization

A Norton Professional Book

Онно Ван дер Харт,
Эллерт Р. С. Нейенхэюс, Кэти Стил

Призраки прошлого

Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы

Москва
Когито-Центр
2016

УДК 159.9
ББК 88
В 17

This edition published by arrangement with W. W. Norton & Company Ltd

Перевод с ангийского
В. А. Агарков, Н. Ю. Федунина

Научная редакция
В. А. Агарков

Ван дер Харт О., Нейенхэюс Э. Р. С., Стил К.

В 17 Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2016. – 496 с. (Клиническая психология)

ISBN 978-0-393-70401-3 (англ.)
ISBN 978-5-89353-401-6 (рус.)

УДК 159.9
ББК 88

Книга «Призраки прошлого» переведена на многие европейские языки и получила положительные отклики специалистов во всем мире. Авторы предлагают вниманию читателя теорию структурной диссоциации, которая задает рамку для организации терапевтического воздействия при работе с пациентами, страдающими от последствий психической травмы, а также открывает новые перспективы в области психотравматологии. Данная теория может послужить основой для интеграции разных концепций психической травмы.

ISBN 978-0-393-70401-3 (англ.)
ISBN 978-5-89353-401-6 (рус.)

Содержание

Предисловие . . . 7

Благодарности . . . 13

Предисловие авторов к русскому изданию . . . 15

Введение . . . 17

ЧАСТЬ 1
СТРУКТУРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Глава 1. Структурная диссоциация личности. Основные положения . . . 41

Глава 2. Первичная структурная диссоциация . . . 66

Глава 3. Вторичная структурная диссоциация личности . . . 81

Глава 4. Третичная структурная диссоциация личности . . . 97

Глава 5. Симптомы расстройств, вызванных психической травмой, в свете теории структурной диссоциации . . . 118

Глава 6. Структурная диссоциация и спектр травматических расстройств . . . 140

ЧАСТЬ 2
ХРОНИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ
И ПСИХОЛОГИЯ ДЕЙСТВИЯ ЖАНЕ

Введение . . . 165

Глава 7. Синтез и его нарушения у людей, переживших психическую травму . . . 167

Глава 8. Травматизация как синдром «не-реализации» . . . 189

Глава 9. Иерархия тенденций к действию . . . 209

Глава 10. Фобические явления на службе структурной диссоциации . . . 237

ЧАСТЬ 3
ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Введение 263

Глава 11. Диагностика пациента, пережившего травму 266

Глава 12. Помощь в формировании адаптивных действий. Общие принципы терапии 290

Глава 13. Первая фаза. Терапия: подготовка и первые шаги. Преодоление фобии привязанности и утраты привязанности в терапевтических отношениях 319

Глава 14. Первая фаза терапии. Преодоление фобии ментальных действий, связанных с травмой 341

Глава 15. Первая фаза терапии (продолжение). Преодоления фобии диссоциативных частей 366

Глава 16. Вторая фаза терапии. Преодоление фобии травматических воспоминаний 392

Глава 17. Третья фаза терапии. Интеграция личности и преодоление фобии нормальной жизни 417

Эпилог 440

Литература 449

Предисловие

Довольно часто жизнь людей, переживших хроническую психическую травму, превращается в череду непрерывных испытаний. Задачи диагностики и последующего лечения этих пациентов в значительной мере осложнены тем, что они страдают от многочисленных симптомов, связанных с самыми разными коморбидными расстройствами. Многие пациенты испытывают серьезные трудности в повседневной жизни, обусловленные интрапсихическими конфликтами и дезадаптивными стратегиями совладания. Главной причиной их страданий является мучительный опыт прошлых психотравмирующих переживаний, который преследует их в повседневной жизни. Поэтому даже в том случае, когда такой пациент пытается скрыть свое страдание за фасадом кажущегося благополучия, что является довольно распространенной стратегией, его травматический опыт всегда присутствует в пространстве терапевтических отношений, вовлекая терапевта в круги переживания отчаяния и боли. Неудивительно, что пациенты с историей хронической травмы часто меняют терапевтов, не получая при этом от терапии почти ничего. Как правило, такие пациенты считаются крайне трудными для терапии или резистентными ей.

В этой книге нам бы хотелось поделиться тем, что мы узнали и чему научились за почти 65 лет совокупного опыта коллективных усилий в области лечения и изучения случаев пациентов, страдающих от последствий травмы. Мы всегда внимательно прислушивались к нашим пациентам для того, чтобы понять сложный и необычный мир их переживаний, задача выражения которого при помощи слов была для них очень трудной и пугающей. Мы опирались на опыт практической работы, эмпирических исследований и теоретических размышлений, а также на обширную литературу по психической травме XIX–начала XX века и недавнего времени. Самые разные концепции, заимствованные из разнообразных теоретических подходов – теории научения, системного подхода, когнитивной психологии, теорий эмоций и привязанности, психодинамического направления, а также теории объектных отношений, – оказались весьма полезными в нашем поиске. Большое влияние на нас имели недавние разработки в области эволюционной психологии и психобиологии, особенно последние данные по нейроанатомии и нейрофизиологии эмоций и психобиологии травмы. В результате переработки всего этого массива данных сложилось наше понимание сути травмы как *структурной диссоциации личности*.

В нашей концепции мы исходим из определения термина «диссоциация», как оно было сформулировано Пьером Жане (1859–1947), французским философом, психиатром, психологом, который признан «одиним из наиболее плодовитых практиков и теоретиков в области психиатрии за последние два века»

(Nemiah, 1989, p. 1527). Его работы являются основополагающими для теории и лечения психиатрических расстройств, связанных с психической травмой. Структурная диссоциация представляет собой изменения в организации личности индивида, которые происходят после переживания психической травмы. Структурная диссоциация, прежде всего, характеризуется чрезмерной ригидностью и изолированностью психобиологических систем личности в отношении друг друга, что приводит к недостатку внутренней связности и согласованности личности пострадавшего индивида.

Введение термина *структурная диссоциация* (*личности*) продиктовано сложившейся ситуацией в области изучения диссоциации. Приходится признать, что в настоящее время концепция диссоциации как таковая утратила ясность и стала довольно проблематичной. Так, мы можем встретить в литературе множество совершенно разных и часто противоречивых определений *диссоциации*. Термин «диссоциация» используют и для обозначения отдельных симптомов, и для описания сознательной или неосознаваемой психической активности, или «процесса», а также как название одного из защитных «механизмов» психики, и этот перечень может быть продолжен. Круг симптомов, считающихся диссоциативными, сделался настолько широким, что данная клиническая категория утратила свою специфику. Помимо симптомов структурной диссоциации личности, к кругу диссоциативных феноменов относят состояния измененного сознания, варьирующие в широком спектре от нормы до патологии. Как будет показано далее в этой книге, с нашей точки зрения, такое расширение концептуального поля сильно искажает значение понятия.

В нашей книге представлена попытка синтеза теории структурной диссоциации и психологии действия Жане. Психология действия, берущая начало в новаторских трудах Жане, исследует природу адаптивных и, соответственно, интегративных действий, овладение которыми необходимо для каждого, кто желает реализовать свой потенциал и жить полнокровной жизнью. Адаптивные интегративные действия необходимы как пациентам в их усилиях, направленных на решение посттравматической проблемы, так и терапевтам, которые помогают пациентам справиться с последствиями психической травмы. Психология действия имеет универсальное применение. Мы рассмотрим личностную организацию человека, пережившего травму, а также причины, по которым его или ее психические и поведенческие акты становятся дезадаптивными. Теория структурной диссоциации и психология действия Жане, представленные в этой книге, дают подробный ответ на вопрос о том, какого рода интегративные действия со стороны пережившего травму индивида необходимы для того, чтобы преследующее его прошлое отступило, а в жизни произошли существенные перемены к лучшему.

Книга адресована, прежде всего, клиницистам, но будет интересна и студентам, обучающимся по специальностям «клиническая психология» и «психиатрия», а также исследователям. Терапевты, работающие с взрослыми,

пережившими в детстве хроническую травму жестокого обращения или пренебрежения, найдут в ней полезные идеи и приемы, которые могут сделать терапию более действенной и эффективной, а также легче переносимой для страдающего человека. Они, как и мы когда-то, возможно, вновь откроют для себя старую добрую истину, что нет ничего практичнее хорошей теории. Мы считаем, что теория и терапевтический подход, изложенные в книге, будут полезны и для коллег, работающих с беженцами, жертвами пыток, ветеранами войны, а также со взрослыми, пережившими единичное травматическое событие, такое как сексуальное насилие, теракт, дорожно-транспортное происшествие или стихийное бедствие.

Книга поможет студентам клинической психологии и психиатрии лучше ориентироваться в диагностике, лечении и исследовательской работе в области последствий психической травмы. Исследователи смогут открыть для себя эвристичность теории структурной диссоциации как источника многих научных гипотез. Например, наша теория предлагает описание того, как происходят изменения в психическом функционировании и поведении индивида, пережившего тяжелую травму, при передаче исполнительного контроля от одной части диссоциированной личности к другой, – факт, который часто упускают из вида многие исследователи травматического стресса.

Для работы со случаями единичной травматизации и посттравматического стрессового расстройства (PTSD; APA, 1994) широкое распространение получили такие относительно краткосрочные виды терапии, как когнитивно-бихевиоральная терапия и десенсибилизация и переработка при помощи движения глаз (ДПДГ-EMDR; Foa, Keane & Friedman, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Follette, Ruzek & Abueg, 1998; Leeds, 2009; Resick & Schnicke, 1993; Shapiro, 2001). Однако до сих не проведено исследований, которые подтверждали бы эффективность применения этих подходов в лечении пациентов с хронической травматизацией вне фазово-ориентированной терапии, модель которой представлена в этой книге. Тяжелая коморбидная психопатология, свойственная этим пациентам, является основной причиной исключения их из исследований эффективности терапии при ПТСР (Spinazzola, Blaustein & Van der Kolk, 2005). К тому же единичные травматические события во взрослом возрасте часто воскрешают прошлые непроработанные травматические переживания. Некоторым людям с опытом хронической психической травмы в детстве удается справиться с последствиями переживания единичного психотравмирующего переживания во взрослом возрасте, несмотря на нарушенную способность к интеграции. Однако это происходит ценой больших усилий, и достигнутое равновесие часто оказывается хрупким: стоит требованиям жизни превысить возможности интеграции, и у человека могут появиться все симптомы расстройства, связанного с психической травмой. Для таких пациентов вряд ли будет уместным формат краткосрочной терапии, основанной на интервенциях прямой конфронтации с травматическим опытом. Пациентам с опытом кумулятивной травматизации обычно требуется более сложная работа в дол-

госрочной терапии. Наша книга как раз посвящена именно такому подходу к лечению последствий травмы.

Исходя из теории структурной диссоциации и психологии действия Жане, мы разработали модель *фазово-ориентированного лечения,* фокусирующегося на выявлении и проработке структурной диссоциации и связанных с ней дезадаптивных психических и поведенческих действий. Основным принципом этого подхода является помощь пациентам в овладении более эффективными психическими и поведенческими действиями, которые позволили бы им преодолеть структурную диссоциацию и изменить свою жизнь к лучшему. Наш подход направлен на решение главной терапевтической задачи, которую можно сформулировать следующим образом: повышение способности к интеграции (или, согласно нашей теории, *психического уровня* пациента), в первую очередь, для того, чтобы улучшить адаптационные возможности пациента в его повседневном функционировании, что создает условия для второго шага, а именно переработки неинтегрированного травматического опыта пациента, завершения «незаконченных дел», главным образом это касается травматических воспоминаний.

Во вступительной главе предлагается краткий обзор понятия диссоциации, представлений о фазово-ориентированной терапии и основных понятий психологии действия Жане, которые в дальнейшем обсуждаются более подробно. Первые пять глав первой части посвящены клиническому описанию разных уровней структурной диссоциации и введению в теорию структурной диссоциации. В первой главе описывается базисная форма структурной диссоциации (или первичная диссоциация), при которой происходит разделение личности индивида, пережившего психическую травму, на основную диссоциативную часть, связанную с активностью в повседневной жизни и избегающую травматических воспоминаний, и другую – обладающую менее сложной организацией и ориентированную на защиту от угрозы. В этой главе также обсуждаются различия между автобиографическими нарративными и травматическими воспоминаниями. Во второй главе представлен детальный анализ различий между двумя типами диссоциативных частей личности, описанными в предыдущей главе. В третьей главе рассматривается вторичная структурная диссоциация личности, при которой одна часть личности ориентирована на повседневную жизнь, а две и более части – на защиту от угрозы. Этот уровень структурной диссоциации свойствен пациентам с опытом хронической травматизации и страдающим сложными психиатрическими расстройствами, связанными с травмой. Четвертая глава содержит характеристику третичной структурной диссоциации, которая наблюдается у пациентов с двумя и более диссоциативными частями, вовлеченными в повседневную активность, и несколькими другими частями личности, сосредоточенными на защите от угрозы. Мы считаем, что третичная структурная диссоциация свойственна исключительно пациентам с расстройством диссоциированной идентичности. В пятой главе мы пытаемся внести некоторую ясность в то, какие симптомы

могут быть признаны диссоциативными. В шестой главе приводится анализ того, как теория структурной диссоциации может быть применена для объяснения различных травматических расстройств описанных как в DSM-IV (APA, 1994), так и МКБ-10 (WHO, 1992), а также для понимания коморбидных расстройств, столь часто встречающихся у жертв хронической травмы.

Во второй части рассматривается *психология действия Жане* и ее приложение к концепции структурной диссоциации. Здесь мы анализируем внешние проявления психических и поведенческих действий дезадаптивного характера или отсуствия необходимых адаптивных действий у пациентов, имеющих опыт хронической травматизации. Наш терапевтический подход направлен на помощь пациенту в отказе от дезадаптивных действий, проявляющихся в симптомах психиатрического расстройства и поддерживающих структурную диссоциацию, и овладение новыми адаптивными действиями. Здесь мы обсуждаем возможные адаптивные и интегративные действия. В седьмой главе описана роль особых психических и поведенческих действий, необходимых для достижения и поддержания интеграции личности, а также для лучшей адаптации к повседневной жизни. Центральной темой этой главы выступает синтез как основа интеграции. Восьмая глава посвящена осознанию, или, говоря словами Жане, *реализации**, составными элементами которой являются персонификация и презентификация. *Реализация* является более высоким и сложным уровнем интеграции и требует более высокого уровня психического функционирования. Здесь же описаны трудности, с которыми сталкиваются пострадавшие от психической травмы при восприятия настоящего. Например, действия людей после психотравмирующего переживания свидетельствуют о том, что у них нарушено представление о границе между переживанием событий настоящего и опытом травматичсекой ситуации, которая осталась в прошлом. Так, например, для них характерно ожидание, что будущее неизбежно чревато повторением пережитой когда-то катастрофы: травматический опыт не обрел качества прошлого, он как бы продолжается в настоящем и в будущем. Такие искажения восприятия реальности являются следствием низкого уровня психического функционирования травмированных индивидов в ситуациях, когда они вынуждены решать жизненные проблемы и, соответственно, приводят к серьезным трудностям и срывам в адаптации. Решение задач повседневной жизни требует от индивида самых разных действий, ор-

* Термин *realization* в том значении, в котором он принят авторами, чрезвычайно трудно перевести на русский язык одним словом. Словарь дает следующие варианты перевода: 1) осуществление, выполнение (плана и т. п.) претворение в жизнь, исполнение; 2) осмысление, осознание, понимание, постижение. В понимании Жане, а вслед за ним и авторов данной книги, добавляется еще третий аспект, связанный с понятием «реальности». Термин *realization* содержит все эти значения, выбор любой из обозначенных альтернатив существенно сужает его семантическое поле и искажает смысл. Поэтому мы приняли решение использовать в нашем переводе транслитерацию английского слова – *реализация,* выделяя в тексте курсивом этот специальный термин. – *Прим. пер.*

ганизованных в иерархическую структуру, так что на самых высоких уровнях в этой иерархии расположены наиболее сложные действия. Действия высокого уровня составляют определенную проблему для индивидов, переживших психическую травму. В девятой главе приведено описание данной иерархической модели. Представление о такой иерархической организации оказывается полезным для систематический оценки текущего уровня адаптивного функционирования в терминах психических и поведенческих действий. В этой же главе обсуждаются как дезадаптивные действия пациентов, к которым они прибегают в тех случаях, когда уровень их функционирования не позволяет им совершать действия, ведущие к адаптации, так и те действия, которые необходимы для позитивных изменений. Десятая глава содержит обзор различных фобий, которые свойственны людям, имеющим опыт хронической травмы, и которые вносят свой вклад в поддержание структурной диссоциации. В этой главе также большое внимание уделено принципам научения, участвующим в механизмах поддержания структурной диссоциации.

Третья часть посвящена систематическому описанию того, как теория структурной диссоциации и психология действия могут найти приложение в диагностике функционирования пациента (глава 11) и в фазово-ориентированном лечении (последующие главы). В двенадцатой главе обсуждаются общие принципы терапии последствий психической травмы. Основная цель действий терапевта состоит в повышении уровня психического функционирования пациента, улучшении его психологических и коммуникативных навыков. В последующих главах обсуждаются задачи каждой из трех фаз терапии, при этом много внимания уделено работе с конкретными фобиями, которые поддерживают структурную диссоциацию и препятствуют адаптивному функционированию. В тринадцатой главе – первой из двух глав, посвященных задачам начальной фазы терапии, – мы остановимся на преодолении страха установления и утраты привязанности в отношениях с терапевтом. Эта глава посвящена проблеме терапевтических отношений с пациентом, одновременно избегающим привязанности и стремящимся к ней. В четырнадцатой главе рассматривается преодоление фобии ментальных действий, связанных с травмой (мыслей, чувств, воспоминаний, желаний и пр.), а пятнадцатая глава продолжает эту тему в отношении фобии диссоциативных частей. В шестнадцатой главе описана вторая фаза терапии, фокусом работы которой является фобия травматических воспоминаний. Семнадцатая глава посвящена третьей фазе лечения – преодолению страхов сопровождающих возвращение к нормальной жизни. Книга завершается эпилогом.

Благодарности

Мы бы хотели поблагодарить всех, кто прямо или косвенно содействовал развитию идей, представленных в книге, а также ее написанию. Мы с благодарностью признаем огромное влияние наших учителей-предшественников, прежде всего Пьера Жане и Чарльза С. Майерса, а также наших непосредственных наставников, более тридцати лет учивших нас тому, что оказалось бесценным для клинической практики с пациентами, пережившими хроническую травму, для понимания их состояния, а также в нашей исследовательской работе. Среди них Бэннет Браун, Кэтрин Файн, Эрика Фромм, Ричард П. Клафт, Ричард Лёвенштайн, Стивен Порджес, Фрэнк У. Патнем, Колин М. Росс, Роберта Захс, Дэвид Шпигель, и Бессел А. Ван дер Колк. Мы чрезвычайно признательны Мартин Дорай, Пэт Огден, и Ивонн Тойбер за участие в обсуждении многих положений, представленных в книге, а также за их помощь в работе над разными главами. Пэт Огден заслуживает особой благодарности за ее неутомимую идейную и эмоциональную поддержку на протяжении работы над всем проектом.

Большое спасибо Изабелль Сайо, президенту Института Пьера Жане в Париже, за плодотворные обсуждения различных аспектов теории Жане. Мы также благодарны многим нашим коллегам, чья работа имела большое влияние на наше профессиональное мышление и практику и с кем состоялось столько плодотворных дискуссий. Среди них – Йон Эллен, Питер Барач, Рут Близард, Элизабет Боумэн, Стивен Броди, Крис Брюин, Джон Брийер, Данни Бром, Дэн Браун, Пол Браун, Ричард Чефец, Джэймс Чу, Мэрилин Клойтр, Филип Кунз, Кристин Куртуа, Луи Крок, Констанс Даленберг, Эрик де Суар, Пол Дэлл, Ханс ден Бур, Нэл Драйер, Джанина Фишер, Джулиан Форд, Элизабет Хоувелл, Джорж Фрейзер, Урсула Гаст, Марко ван Хервен, Джин Гудвин, Арне Хоффман, Олаф Холом, Михаэла Хьюбер, Рольф Клебер, Сара Кракауэр, Рут Ланьюс, Ансси Лейкола, Хельга Матэс, Франциско Оренго-Гарсия, Лори Перлмэн, Джон Рэфтери, Луиз Рэддеманн, Колин Росс, Барбара Рофбаум, Пэйви Ааринен, Ведат Сар, Аллан Шор, Даниэль Зигель, Эйли Сомер, Анн Суокас-Канлифф, Мартен Ван Сон, Йохан Вандерлинден, Эрик Верметтен, Эйлиейзер Уицтум, и многие другие, кого нечаянно мы могли не упомянуть.

Мы особенно признательны нашим ближайшим коллегам, с неизменной благосклонностью поддерживающих нас изо дня в день в нашей практике. Они работают с нами, делятся своим опытом и мудростью, поддерживают эмоционально в трудные моменты. Это Сюзетт Боун (вместе с которой один из нас – Онно Ван дер Харт – начинал свою новаторскую работу в Голландии), Бэрри Каземир, Сандра Хэйл, Стив Хэррис, Майлс Хасслер, Вера Ми-

роп, Лиза Энгерт Моррис, Йанни Мёлдер, Кэти Тоудсон, Хэрри Вос и Марти Уэйклэнд.

Мы благодарим наших издателей Дебору Мэлмуд, Майкл Макганди и Кристен Хольт-Браунинг в *Norton*'е и редактора серии Даниэля Зигеля, под чьим чутким руководством осуществлялся этот проект, а также Кэйси Рабл за ее помощь в подготовке книги.

И еще мы очень благодарны нашим пациентам, у которых учились больше всего. Мы благодарны им за возможность быть рядом на всем протяжении тяжелого пути терапии, а также за те бесценные, удивительные уроки, которые они нам преподали.

Предисловие авторов к русскому изданию

Выход в свет русского издания «Призраки прошлого» стал для нас особым событием, учитывая растущий интерес к пониманию и лечению психической травмы в России. Последнее столетие Россия пережила много потрясений, в том числе тяжелейшие последствия длительных войн и репрессий. Как и специалисты других стран, российские клиницисты все острее осознают значение работы с травмой в психологической и психиатрической практике. Не только война, репрессии, теракты, стихийные бедствия и опасные для жизни происшествия могут привести к травматическим расстройствам, таким как ПТСР или сложное ПТСР, но и сексуальное насилие, тяжелые личные утраты, домашнее насилие, пытки, жестокое обращение с ребенком. Постепенно приходит понимание тесной связи насилия и пренебрежения в детском возрасте, тяжелых нарушений привязанности с развитием хронических травматических расстройств, отличающихся сложной клинической картиной, таких как сложное ПТСР и диссоциативные расстройства.

Наконец, клинический опыт работы с пациентами, пережившими психическую травму, подтверждает особую роль диссоциации личности при хронической травматизации, что, собственно, и является главной темой этой книги. Концепция структурной диссоциации позволяет достичь более глубокого понимания теории, диагностики и лечения последствий хронической травматизации.

Данное издание представляет собой исправленную и доработанную версию исходного английского варианта книги. Мы искренне надеемся, что наша работа будет способствовать изучению и успешному лечению пациентов с хронической травматизацией в России. Кроме того, мы надеемся на дальнейшую интеграцию теории структурной диссоциации с другими теориями травмы и психологическими концепциями.

Оригинальное английское издание, как и переводы на другие языки, получило одобрение и вызвало интерес не только у специалистов, нашедших книгу важной и полезной, но и у самих людей, переживших травму. Некоторые из них писали нам, что чтение книги помогло им не только разобраться со своими переживаниями и найти выход из жизненных тупиков, но, что важнее, открыло для них путь изменения и исцеления от связанных с травмой страданий и нарушений. Были и такие пациенты, которые приносили эту книгу своим терапевтам и убеждали их ознакомиться с ее содержанием и использовать ее в терапевтической работе с ними. Похоже, что подобные отклики на нашу книгу могут означать, что, несмотря на всю сложность теории, которая изложена в ней непростым языком, люди, пережившие травму, зачастую

легче некоторых клиницистов схватывают суть изложенного метода, чувствуя, что он адресуется самым глубоким уровням их жизненного опыта, отражает пережитое ими. Мы надеемся, что и в России, особенно для тех читателей, которые переживают последствия психической травмы, чтение этой книги послужит началом важных изменений к лучшему в их жизни, а также в понимании себя и других.

Мы признательны Наталии Федуниной, специалисту по теории Пьера Жане, за ее работу над русским изданием – внимательное прочтение, перевод, комментарии, которые привели к многим улучшениям и изменениям в тексте книги. Мы также благодарны Всеволоду Агаркову, специалисту в области диссоциации и терапии травмы, за помощь в переводе и работу по редактированию текста. Наконец, мы бы хотели поблагодарить издательство «Когито-Центр» за интерес к нашей книге и ее публикацию.

Введение

> Не сознавая того, я делала все, чтобы удержать от соприкосновения два мира, существующие внутри меня. Я избегала любых возможных связей между созданными мной мирами дневного ребенка и ночного ребенка, изо всех сил стараясь не допустить, чтобы что-нибудь передалось от одного к другому.
>
> *Мэрилин Ван Дербур* (Van Derbur, 2004, p. 26)

Люди, пережившие хроническую травму, оказываются в чрезвычайно затруднительном положении. С одной стороны, им недостает интегративных способностей и психических навыков для полноты *осознания* своих тягостных переживаний и воспоминаний. С другой стороны, порой они вынуждены жить вместе с теми людьми, которые когда-то совершали по отношению к ним насилие или отвергали их. Избегание неразрешимых и болезненных аспектов прошлого и настоящего и, насколько это возможно, поддержание фасада нормальности, пожалуй, являются наиболее естественными способами решения этой дилеммы. Однако эта кажущаяся нормальность, жизнь на поверхности сознания (Appelfeld, 1994) очень хрупка. Во внешней реальности всегда находится нечто, что напоминает о пережитом, вызывая пугающие воспоминания, которые преследуют человека, перед которыми индивид часто оказывается бессилен, особенно в тех случаях, когда его эмоциональные и физические ресурсы истощены. К сожалению, очень часто жертвы хронической травмы находятся на грани истощения, что делает их уязвимыми по отношению к вторгающимся травматическим воспоминаниям. Они не в состоянии принять и переработать болезненные аспекты своего опыта, поэтому попадают в кошмарную ловушку воспоминаний о пережитом ужасе, безнадежности и страха. Эти люди часто оказываются во власти своих переживаний травматического прошлого, постоянно оживающих во внутренних реакциях и отношениях с другими людьми, так как навыки регуляции своего внутреннего состояния у них отсутствуют или недостаточно развиты. Так произошло потому, что взрослые, которые заботились о них в детстве, не смогли помочь им в формировании этих навыков. Это существенно ограничивает уровень психического функционирования (интегративную способность) жертв хронической травматизации. Они не в состоянии достичь необходимого соответствия между уровнем психической энергии и *психической* эффективности (способности использовать эту энергию в адаптивных психических и поведенческих действиях) и не могут вырваться из замкнутого круга неэффективных реакций, которые не способствуют ни достижению зрелости, ни полноценной жизни в сложном и непредсказуемом мире.

СВЯЗАННАЯ С ТРАВМОЙ ДИССОЦИАЦИЯ

Мы полагаем, что понятие *диссоциации* играет ключевую роль в понимании механизмов психической травмы и ее последствий; в этом состоит главная теоретическая посылка всей этой книги. Однако следует признаться, что путь к этой идее оказался не легким, главным образом в силу того, что многие понятия в области травмы, диссоциация в первую очередь, требуют прояснения. Можно констатировать, что все еще не достигнут консенсус между специалистами в области психической травмы в отношении трактовки термина *диссоциация.* Существует масса различных точек зрения по поводу причин, вызывающих диссоциацию, ее базисных характеристик и роли в психопатологии травмы. Часто в рамках одного текста термин *диссоциация* может обозначать процесс, психическую структуру, психологическую защиту, дефицитарность и широкий спектр симптомов. Критерии, по которым те или иные симптомы рассматривают как диссоциативные, различаются от публикации к публикации, а также зависят от используемых диагностических методик. Например, сейчас такие явления, как абсорбция и погруженность в грезы, фантазии, считают диссоциативным, хотя раньше они не входили в эту группу. Таким образом, понятие *диссоциация* утратило ясность и в некотором смысле репутацию строгого научного термина. Некоторые авторы даже предлагали и вовсе отказаться от него. В нашей книге мы подробно рассмотрим все эти вопросы.

Структурная диссоциация личности

Первоначально термин «диссоциация» применяли в отношении тех явлений психической жизни, которые понимались как разделение личности или сознания (Janet, 1887/2005, 1907; McDougall, 1926; Moreau de Tours, 1845; ср.: Van der Hart & Dorahy, 2009). Пьер Жане писал, что диссоциация подразумевает разделение между «*системами* идей и функций, составляющими личность» (Janet, 1907, p. 332). Для Жане, как и для многих более поздних авторов, личность представляет собой *структуру,* состоящую из различных *систем.* Система – это объединение взаимосвязанных элементов, составляющих единое целое, так что каждый элемент системы в определенном смысле является частью этого целого, то есть каждый элемент рассматривается в связи с системой как таковой и с другими ее элементами. Представление о личности как системе таково: личность – совокупность психобиологических подсистем, функционирующих связно и согласованно. Например, согласно определению Олпорта (1961), личность представляет собой «динамическую организацию психофизических систем человека, которые детерминируют его поведение и мышление» (p. 28). Сходным образом системные теории (например: Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989) понимают личность как организованную, структурированную систему, состоящую из разных психобиологических подсистем, в норме взаимосвязанных и функционирующих как единое целое. Структура определяется здесь как «объединение составных элементов, организация

в единое целое… позиционно и функционально взаимозависимых частей» (Drever, 1952, p. 285). С точки зрения эволюционной психологии, человек обладает разными психобиологическими (под)системами, сформировавшимися в ходе естественного отбора, выполняющими различные функции и позволяющими ему наилучшим образом приспособиться к конкретным условиям жизни (Buss, 2004, 2005; Metzinger, 2003; Panksepp, 1998).

Как отмечали французские психиатры XIX века, диссоциация связана с особой организацией психофизических систем, составляющих личность. С нашей точки зрения, такая организация не является ни случайной, ни произвольной. Напротив, в случае травматизации она определяется метафорически «линиями разлома», которые заложены в структуре личности всей предысторией эволюционного развития. Исходя из такого понимания личности, мы предложили термин *структурной диссоциации личности* (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002, 2004; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Диссоциативные разделения происходят не просто между ментальными действиями, такими, например, как ощущения или аффекты; «разлом» диссоциации проходит между двумя основными «уровнями» личности, каждый из которых содержит особые психобиологические системы (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Gilbert, 2001; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998). К первым относятся системы, активность которых направлена на приближение к привлекательным и необходимым для повседневной жизни стимулам, таким как пища, сотрудничество и общение с другими людьми. Системы второго «уровня» связаны с тенденцией удаления от отталкивающих стимулов, например, разного рода опасностей. При помощи этих систем мы можем различать полезное и вредное и формировать такое поведение, которое позволяет нам лучше адаптироваться в обстоятельствах, предлагаемых нашей жизнью. Мы называем эти психобиологические системы *системами действий,* поскольку каждой системе могут быть поставлены в соответствие врожденные предпосылки к тому или иному целенаправленному действию (Arnold, 1960; Frijda, 1986).

Системы действий составляют как общие тенденции (например, речь или ходьба), так и специфические действия и связанные с ними цели (например, привязанность к матери, еда, питье, борьба, бегство, игра с другом, любовь). Понятие тенденции играет важную роль в этой книге и его следует отличать от понятия действия. Мы склонны думать о действиях как о чем-то, что находится в процессе осуществления. *Тенденция – это не просто предрасположенность действовать тем или иным образом, это понятие охватывает полный цикл действия – латентную фазу, фазу подготовки, начала, исполнения и завершения* (Janet, 1934). Тенденции предполагают адаптацию к условиям окружающей среды. Хотя многие тенденции к действию являются итогом эволюционного развития и передаются на генетическом уровне, все же для развития большинства из них требуются период созревания и благоприятные внешние условия. Каждая личностная система включает более или менее

широкий спектр психических и поведенческих действий. Системы действий помогают нам воспринимать, чувствовать, думать, решать, действовать определенным образом, то есть использовать те тенденции, которые предназначены для достижения конкретного благоприятного для нас результата. Так, когда мы голодны, мы действуем, думаем, чувствуем, воспринимаем иначе, чем, скажем, когда мы беспокоимся о друге или когда что-то не ладится на работе.

Системы действий первой категории направлены на решение задач адаптации в повседневной жизни; ко второй категории относятся системы защиты от опасности и системы восстановления. Хотя ход эволюции приготовил нас и к решению задач повседневной жизни и к борьбе за выживание, мы не можем использовать предназначенные для этого системы одновременно и с одинаковой легкостью. Поэтому, когда требуется активность сразу двух систем, особенно в течение долгого времени, у некоторых людей формируется и закрепляется устойчивое разделение личности, для достижения этих особых целей и связанных с ними форм поведения. Например, Мэрилин Ван Дебур (Van Derbur, 2004), бывшая Мисс Америки, перенесшая сексуальное насилие в детстве, описывала разделение своей личности на «дневного ребенка» (избегающего, отстраненного, амнестичного, с приглушенными эмоциональными реакциями, поглощенного повседневной жизнью) и «ночного ребенка» (претерпевшего насилие и сосредоточенного на защите).

Недостаток связности и интеграции личности проявляется ярче всего в чередовании двух общих тенденций, одновременно представленных в психике: «возвращения» в травматическое событие, повторного переживания этого опыта в настоящий момент («ночной ребенок»), с одной стороны, и избегания всего, что напоминает о травматическом опыте, ограничения повседневными заботами («дневной ребенок») – с другой. Этот двухфазовый паттерн характерен для ПТСР (APA, 1994), а также для других связанных с травмой расстройств. Он предполагает разделение систем защиты, направленных на избегание опасности, и систем повседневного функционирования, ориентированных, прежде всего, на поиск привлекательных стимулов, помогающих поддерживать жизнедеятельность и чувство благополучия. Это разделение лежит в основе структурной диссоциации личности. *Связанную с травмой структурную диссоциацию таким образом, можно определить как недостаток связности и гибкости личностной структуры* (Resch, 2004). Эта дефицитарность означает не полное расщепление личности на разные «системы идей и функций», а скорее, недостаток координации и взаимодействия между этими системами личности у человека, пережившего травму.

Описание такого расщепления в терминах диссоциативных *частей личности* подчеркивает тот факт, что взятые вместе эти части составляют единое целое, однако каждая из этих частей обладает, по крайней мере, рудиментарным чувством *я* и в целом они являются более сложными по сравнению с отдельным психобиологическим состоянием. Эти диссоциативные части опосредованы системами действий. Кроме того, люди, страдающие от последствий

психической травмы, как правило, находят уместным использование таких выражений, как «части личности» или «части *я*», для описания своего субъективного переживания.

«Внешне нормальная» и «аффективная» части личности

Рассмотрение прототипов диссоциативных частей личности мы начнем с работ британского психолога и психиатра времен Первой мировой войны Чарльза Самуэла Майерса (1916a, b, 1940). Он описал базисную форму структурной диссоциации при острой травматизации («снарядном шоке») у солдат, принимавших участие в военных действиях в Первую мировую войну (см.: Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000). Эта диссоциация заключается в сосуществовании и чередовании так называемой внешне нормальной (части) личности (ВНЛ) и так называемой аффективной (части) личности (АЛ). Далее мы будем обозначать эти исходные части личности как ВНЛ и АЛ. Для ВНЛ характерно стремление участвовать в обыденной жизни, заниматься повседневными делами, то есть главную роль в функционировании ВНЛ играют системы повседневной жизни (исследования, заботы, привязанности и пр.), при этом ВНЛ избегает травматических воспоминаний. Функционирование АЛ оказывается довольно жестко детерминировано теми системами действий (защиты, сексуальности и пр.) или подсистемами (сверхбдительности, бегства, борьбы), которые были активированы во время травматизации.

ВНЛ и АЛ чрезмерно ригидны и в той или иной степени изолированы друг от друга. Предпосылкой такого положения вещей выступают два фактора. Во-первых, в сферу ВНЛ и АЛ входят разные системы действий с разной «историей» в филогенезе. Кроме того, в распоряжении ВНЛ и АЛ находятся тенденции, принадлежащие разным уровням иерархии, то есть, для ВНЛ и АЛ свойственны разные и довольно жесткие паттерны тенденций к действию, по крайней мере, некоторые из них являются дезадаптивными.

Майерс указывал, что для характеристики АЛ недостаточно просто указать на доминирование эмоций, аффекта у этой части личностной системы. Скорее, он подчеркивал *неистовый, разрушительный характер* травматических эмоций у АЛ по сравнению с ВНЛ. *Неистовая эмоция*[*] *отличается от просто интенсивной эмоции тем, что мешает адаптации, превышает возможности аффективной регуляции индивида и ее выражение не приносит пользы.* Напротив, чем больше полнота выражения неистовой эмоции, тем глубже нарушения функционирования и слабее контроль состояния травмированного индивида. Например, такое положение дел характерно для пограничных пациентов: чем больше они выражают гнев, тем больше выходят из себя, утрачивая способность управлять своим поведением.

---

* Словосочетание «неистовая эмоция» (vehement emotion) используется авторами книги для обозначения феномена, называемого Жане «шоковой эмоцией». Это выражение мы также переводим как «разрушительные», «деструктивные эмоции». – *Прим. пер.*

Водораздел структурной диссоциация может также проходить и через определенные чувства и убеждения, на первый взгляд, не соотносящиеся напрямую с той или иной системой действий или группой систем действий. Например, переживание печали, вины, отчаяния или стыда может быть приемлемым, хотя и неприятным, для одной части личности и совершенно недопустимым и/или невыносимым – для другой. Как правило, эти чувства связаны с теми системами действий, которые участвуют в регуляции поведения в отношении привязанности и социальных ролей. Как отмечал Гилберт (Gilbert, 2002), человек может стыдиться своих действий, если он боится, что другие отвергнут или станут презирать его за его поступки. Если же какие-то действия индивида нанесли кому-то вред (например, при разводе один из родителей перестает заботиться о ребенке, причиняя тем самым ему страдания), тогда может возникнуть чувство вины. Поэтому, стремясь сохранить отношения привязанности и социальный статус, индивид может избегать этих действий. Так нарушается необходимая взаимосвязь и согласованность между системами действий, ориентированными на достижение целей повседневной жизни, с одной стороны, и системами, направленными на защиту от основных угроз – с другой.

Диапазон форм структурной диссоциации простирается от очень простых до чрезвычайно сложных разделений внутри личности. Степень сложности диссоциации личности пациента имеет значение для терапии. Представление об уровнях сложности помогает построить пространственную метафору диссоциации, описать базисные формы диссоциативной организации личности. Конечно, мы вправе ожидать, что описание организации личности будет все более и более отличаться от первообраза по мере усложнения структурной диссоциации. Кроме того, не следует забывать и о бесконечном разнообразии индивидуальных различий в проявлениях диссоциации.

Первичная структурная диссоциация личности. Базисное и самое простое разделение личности, вызванное травмой, происходит между *единственной* ВНЛ и *единственной* АЛ. Мы называем его *первичной структурной диссоциацией,* где ВНЛ является «владельцем основного пакета акций» личности (*major shareholder* – так описывала ее Сильвия Фрейзер, пережившая инцест, – Fraser, 1987), а АЛ весьма ограничена в своих возможностях, функциях и самосознании. Это означает, что АЛ индивида, пережившего травму, остается схематичной, фрагментированной и не вполне автономной в повседневной жизни. Более сложные формы структурной диссоциации с участием большего числа диссоциативных частей представляют собой вариации первичной структурной диссоциации личности.

Вторичная структурная диссоциация личности. В случае чрезвычайно сильного или длительного воздействия травматического события могут происходить дальнейшие разделения внутри АЛ при сохранении единственной ВНЛ. Основой *вторичной структурной диссоциации личности,* возможно, является срыв интеграции разных видов защиты, которым соответствуют разные психобиологические комбинации групп аффектов, познавательных процес-

сов и двигательных функций. Речь идет о таких состояниях, как оцепенение, бегство, борьба и полное подчинение.

> Марте были поставлены диагнозы сложного ПТСР и пограничного личностного расстройства. Ее анамнез содержал историю тяжелого физического насилия и крайнего пренебрежения в детстве. Одна из ее АЛ мгновенно приходила в бешенство при малейших признаках того, что она принимала за пренебрежительное отношение к себе, тогда как другая АЛ при ее активации цепенела от ужаса; третья АЛ была постоянно настороже на случай опасности; четвертая АЛ все время находилась в поисках кого-то, кто смог бы позаботиться о ней; при этом пятая часть (уже ВНЛ) вполне успешно функционировала на работе, однако лишь до тех пор, пока в отношениях с сотрудниками не происходило чего-то, что приобретало для Марты значение угрозы.

Третичная диссоциация личности. Дальнейшее развитие диссоциативного процесса может привести не только к еще большему разделению АЛ, но и к образованию частей внутри ВНЛ. Диссоциативный процесс достигает уровня *третичной структурной диссоциации личности* в том случае, когда между опытом психотравмирующего переживания и какими-то аспектами повседневной жизни, которые всегда присутствуют в жизни любого человека, устанавливается ассоциативная связь. В силу процесса генерализации стимулы обыденного окружения могут активировать травматические воспоминания. С другой стороны, появление новой ВНЛ может произойти в том случае, если уровень функционирования прежней единственной ВНЛ является настолько низким, что она не справляется даже с обыденными повседневными ситуациями. Иногда, в особенно тяжелых случаях вторичной диссоциации личности, и всегда при третичной диссоциации в системе личности присутствует несколько частей, обладающих особыми характерными чертами (например, у них может быть свое собственное имя, возраст, половая идентичность, предпочтения) и *самостоятельностью* (*émancipation* – так Жане обозначал воспринимаемое внешним наблюдателем и/или самим индивидом внутреннее разделение и взаимную автономию отделившихся частей – Janet, 1907). Этого обычно не происходит при первичной и в большинстве случаев вторичной диссоциации личности.

Уровни структурной диссоциации и психиатрические расстройства (по DSM-IV). Пониманию идеи структурной диссоциации помогает сопоставление разных уровней диссоциации с диагностическими категориями DSM-IV. Мы исходим из того, что все связанные с травмой расстройства могут быть соотнесены с тем или иным уровнем структурной диссоциации, при этом острому стрессовому расстройству и простому ПТСР соответствует начальный уровень диссоциации, а расстройству диссоциированной идентичности (РДИ) – наиболее сложный уровень. При хронической травме обычно наблюдается несколько коморбидных психических расстройств, связанных с травма-

Таблица 1.1
Диагнозы и структурная диссоциация

Первичная структурная диссоциация
Одна доминирующая ВНЛ и одна АЛ (часто неусложненная и несамостоятельная)
Простые формы острого стрессового расстройства
Простые формы ПТСР
Простые формы диссоциативного расстройства (DSM-IV)
Простые формы диссоциативных расстройств моторики и чувственного восприятия (МКБ-10)
Вторичная структурная диссоциация
Одна доминирующая ВНЛ и несколько АЛ (более сложные и независимые, чем при первичной структурной диссоциации, но в гораздо меньшей степени, чем при третичной структурной диссоциации)
Сложное ПТСР
Реакция на тяжелый стресс неуточненная
Диссоциативное расстройство неуточненное
Связанное с травмой пограничное личностное расстройство
Сложные диссоциативные расстройства моторики и чувственного восприятия (МКБ-10)
Третичная структурная диссоциация
Несколько ВНЛ и несколько АЛ; часто более сложные и независимые (включая разные имена и физические особенности), чем при вторичной структурной диссоциации личности
Расстройство диссоциированной идентичности (РДИ)

тическим опытом и его влиянием на протекание нейробиологических процессов. Чем глубже диссоциация, тем сложнее расстройства. У многих пациентов структурная диссоциация не сопряжена с усложнением и самостоятельностью диссоциативных частей, как это наблюдается при РДИ. В таблице 1 приведено сопоставление между уровнями структурной диссоциации и расстройствами, вызванными психической травматизацией.

Возрастные факторы развития структурной диссоциации личности

Считается, что при первичной структурной диссоциации личности до травматизации личность индивида представляет собой относительно интегрированную психическую систему. Иная ситуация складывается в случае детской психической травмы. Единство личности – не исходная данность, но достижение, итог развития индивида в онтогенезе. Наиболее сложные уровни структурной диссоциации у взрослых, переживших хроническую травматизацию в детском возрасте, развиваются вследствие недостатка единства и связаннос-

ти, характерной для здорового взрослого человека. Детям недостает необходимых навыков совладания со сложными аффектами и переживаниями, им требуется в этом значительная помощь и поддержка. В большинстве случаев хронической травмы человеку никогда не прививали эти навыки и не оказывали эмоциональной поддержки в сложных ситуациях (см.: Gold, 2000).

Структурная диссоциация связана с нарушением естественного хода интеграции психобиологических систем личности, которые Патнем обозначил как дискретные поведенческие состояния (Putnam, 1997). Она определяется хроническим дефицитом интеграции, который возникает в результате сочетания незрелости соответствующих мозговых структур и функций ребенка (обзор см. в: Glaser, 2000; Van der Kolk, 2003), недостаточной заботой со стороны значимых взрослых, которые не могли удовлетворить потребности ребенка в регуляции психофизиологического состояния, ребенок не получал утешения, поддержки, помощи в совладании с трудными ситуациями и переживаниями (Siegel, 1999).

СТРУКТУРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ И ИНТЕГРАТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Все перемены в нашей жизни – в лучшую или худшую сторону – происходят благодаря действиям. Понятие действия охватывает не только акты поведения, но также и внутрипсихические явления. Наше поведение, за исключением самых примитивных рефлексов, регулируются множеством ментальных действий, таких как планирование, прогноз, принятие решений, мышление, чувства, фантазии, желания. Поведенческие действия определены синтезом ментальных и моторных действий, которые могут отличаться по степени эффективности. В терапии пациентов, страдающих от последствий психической травмы, мы решаем задачу повышения эффективности их действий.

Иерархия тенденций к действию

Жане (Janet, 1926a, 1938) выделил три группы тенденций к действию: низшие, промежуточные и высшие. Представление о такой иерархии является полезным в клинической практике, так как помогает и пациенту и терапевту определить, какие действия пациента требуют улучшения, а какие уже достигли высших уровней.

Тенденции к действию низшего порядка являются автоматическими и относительно простыми, к ним относятся *рефлекторные действия,* для которых свойственны реактивность и скорее автоматизм, чем тщательное планирование исполнения. Рефлекторные действия необходимы в ситуациях, которые требуют автоматического поведения (таких как навыки одевания). Однако они не могут заменить действий высшего порядка (например, рассуждения и принятия решения о поступке в ситуации, когда чувства оказались задеты).

В современной жизни человек часто сталкивается с трудными ситуациями, требующими сложного и гибкого реагирования, поэтому тенденции к действию высшего порядка являются, как правило, наиболее полезными для адаптации в данных ситуациях.

> Эллисон, пациентка с травматическим опытом продолжительного и тяжелого насилия в детстве, всякий раз, когда она испытывала сильную эмоцию, начинала биться головой или кулаками о стену. Она делала это для того, чтобы избавиться от эмоционального переживания, не думать о своих чувствах. Тенденции высокого уровня – творческие, часто очень сложные – включают многие ментальные действия. В ходе терапии Эллисон постепенно научилась не поддаваться желанию биться о стенку, если таковое вдруг охватывало ее. Вместо этого она иногда колотила подушку и постепенно смогла позволить себе переживать эту эмоцию как свою собственную. Со временем она научилась говорить о своих чувствах и справляться с ними, то есть осуществлять более сложные, творческие и эффективные, с точки зрения адаптации, действия, чем нанесение ударов по стенке.

Тенденции любого уровня сложности проходят через определенные стадии активации: латентное состояния, планирование, начало, исполнение и завершение. Для людей, переживших психическую травму, начало или завершение какого-либо действия (психического или акта поведения) часто сопряжено с трудностями. Например, они могут планировать, но не способны начать действие; или же начинают, но не могут завершить; или же их действия не годятся для решения поставленной задачи. Эти трудности свидетельствуют о том, что у человека либо недостает психической энергии, либо он не в состоянии собрать свою энергию и использовать ее для эффективного выполнения тех или иных психических и поведенческих действий.

Психический уровень

Наивысший доступный индивиду на данный момент уровень его или ее тенденций к действию определяет его психический уровень (Janet, 1903, 1928b). Психический уровень зависит от действия двух факторов, находящихся в динамической связи друг с другом, – психической (и физической) энергии и психической эффективности*. Итак, *психический уровень* отражает способность эффективно концентрировать и использовать имеющуюся на данный момент психическую энергию. Психическая эффективность включает понятие интегративной способности. Таким образом, интеграция субъективного опыта невозможна без достижения высокого психического уровня. Многие лю-

* Жане называл эту характеристику психическим напряжением. Современный читатель может быть легко введен в заблуждение этим термином из-за ставшей привычной ассоциации между понятиями «напряжение» и «стресс», что, однако, не имеет никакого отношения к трактовке Жане. Мы решили заменить его понятием *психическая эффективность*.

ди, пережившие психическую травму, испытывают трудности в достижении и поддержании достаточно высокого психического уровня, несмотря на объем имеющейся у них психической энергии. Травматизация связана с регрессией (и часто с последующей фиксацией) на более низкие уровни тенденций к действию, и как следствие с откатом на более низкий психический уровень, по крайней мере, некоторых частей личности.

Можно выделить три основные проблемы, связанные с психической энергией и психической эффективностью: 1) низкий уровень психической энергии; 2) недостаточная психическая эффективность; 3) несоответствие психической энергии и эффективности. Адаптивные действия, как правило, связаны с большими тратами физической и/или психической энергии. Многие наши пациенты оказываются неспособны к этому, так как они находятся в состоянии истощения, в их распоряжении слишком мало психической энергии. Они либо перегружены делами и сильно устают, либо слишком подавлены, чтобы что-то предпринимать. Соматическая болезнь – частый спутник хронической травмы – еще больше понижает уровень психической энергии. В этих случаях индивид не располагает необходимым ее запасом, хотя уровень психической эффективности может быть достаточным для осуществления тех или иных действий.

Вторая проблема связана с недостатком психической эффективности при достаточном уровне психической энергии, которой индивид располагает для решения той или иной задачи или исполнения какого-либо действия. При структурной диссоциации психический уровень разных диссоциативных частей может различаться.

Третья проблема, относящаяся к адаптивным действиям, обычно коренится не только в недостатке эмоциональных или коммуникативных навыков, но и в глубинном нарушении, порой ускользающем от внимания терапевта и остающейся вне фокуса терапевтической работы. Эта проблема заключается в том, что в данных конкретных обстоятельствах индивид неэффективно расходует имеющуюся в его распоряжении психическую энергию на решение задач адаптации. Ниже мы обсуждаем разные возможности сочетания психической энергии и эффективности (см. главу 9).

Терапевты часто интуитивно, не всегда отдавая себе в этом отчет, стараются помочь пациентам поднять уровень психической эффективности, что позволило бы пациенту повысить и уровень психической энергии. Далее в этой книге мы уделяем много внимания вопросам систематической оценки уровня функционирования пациента, оказания помощи в достижении более высокого уровня психической эффективности и энергии, а также их регуляции, что, в конечном счете, должно способствовать выполнению более адаптивных психических и поведенческих действий. С этой целью терапевт поощряет пациента в планировании, начинании, осуществлении и завершении различных психических и поведенческих действий все более высокого уровня.

Замещающие действия

Дезадаптивные психические и поведенческие действия связаны с нарушениями привязанности, регуляции аффекта и импульсов и другими проблемами функционирования жертв травмы. Неадекватные ментальные действия вносят свой вклад также и в сохранение диссоциативных разделений внутри личности индивида. Мы называем *замещающими* такие действия, которые оказываются адаптивными в меньшей степени, чем это необходимо в данных конкретных обстоятельствах, которые предъявляют требования индивиду, превышающие его психический уровень. Например, для того, чтобы избежать переживания сильных, непереносимых чувств, пациент может нанести самому себе повреждения или вызвать у себя рвоту вместо того, чтобы, например, вести дневник наблюдений за своим состоянием, размышлять, найти способ самоуспокоения или найти какое-то иное действие, которое помогло бы ему переработать эти чувства, а не консервировать их или просто разряжать. Необходимость в замещающих действиях возникает не только в случае неспособности осуществлять более высокоуровневые адаптивные действия, но также и из-за недостаточного уровня интеграции.

Замещающие действия различаются по степени адаптивности: одни являются более сложными и соответствуют более высокому уровню адаптации, тогда как другие – более низкому. Некоторые из замещающих действий ограничены сферой поведения, например, ажитация, компульсивные действия, членовредительство, другие же относятся к сфере психического. Порой индивид попадает во власть сильного аффекта, сильных эмоций, дезорганизующих поведение, о которых мы уже упоминали и которые сами по себе являются замещающими действиями, позволяющими по-своему справиться с ситуацией. Индивиды, склонные к переживанию таких эмоций, часто оказываются склонны к использованию дезадаптивных стратегий совладания, в основе которых лежат отрицание, игнорирование, проекция, расщепление.

Интегративные действия

Интеграция – один из основных терминов в области психотравматологии, относящийся к необходимости включения опыта психотравмирующего переживания в когнитивные схемы индивида, а также преодоления множественности личности и ее унификация для того, чтобы стали возможны изменения к лучшему в жизни индивида. Вместе с тем интеграция также является неотъемлемым аспектом адаптивного функционирования в целом. Интегративные действия требуют самого высокого уровня психической энергии и эффективности.

Интеграция – адаптивный процесс, предполагающий постоянные ментальные действия, направленные как на различение переживаний, так и на построение между ними связей внутри систем личности, которые, в свою очередь, характеризуются гибкостью и стабильностью, что делает возможным наи-

более успешное функционирование в настоящем (Jackson, 1931/1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004). Способность быть открытыми и гибкими позволяет нам меняться в случае необходимости, тогда как сохранение своих границ способствует поддержанию стабильности и привычных форм реагирования, доказавших свой адаптивный потенциал. Психически здоровый человек обладает развитой способностью интеграции внутренних и внешних переживаний (Janet, 1889).

Какие именно ментальные действия составляют процесс интеграции, как они достигаются? Для терапии людей, страдающих от последствий психической травмы, полезно различать два основных типа интегративных ментальных действий – синтез и *реализацию.*

Синтез. Основным интегративным психическим действием является синтез, благодаря которому мы различаем переживания, относящиеся к сферам внутреннего и внешнего, а также к прошлому и настоящему, и устанавливаем между ними связи. Синтез включает различение между сенсорными восприятиями, движениями, мыслями, аффектами и чувством собственной идентичности (своего Я), и формирование связей между ними. Например, про какого-то человека мы можем сказать, насколько он похож на кого-то (связывание), а также в чем он отличен (различение) от других. Также и в отношении актуальной ситуации: мы знаем, в чем она похожа на какую-то ситуацию в прошлом и в чем отличается от нее. Мы также знаем, что агрессивное чувство и агрессивное действие, хотя и похожи в чем-то, но все же являются действиями, которые существенно отличаются друг от друга.

Синтез в значительной мере протекает автоматически и вне осознания. Наша способность к синтезу меняется в зависимости от психического уровня. Так, качество синтеза будет более высоким в состоянии активного бодрствования, чем в состоянии усталости. Синтез обеспечивает единство сознания и личной истории. Неполнота синтеза приводит к изменению состояния сознания и возникновению диссоциативных симптомов.

Реализация – родственное синтезу, но более высокоуровневое интегративное ментальное действие, предполагающее осознание реальности, принятие ее как она есть, а также рефлексивную, творческую адаптацию к ней. *Реализация* зависит от степени завершенности опыта (Janet, 1935a; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Она включает два психических действия, обогащающих наше представление о себе, о других людях и об окружающем мире (Janet, 1903, 1928a, 1935a). Благодаря первому аспекту *реализации* мы соотносим переживания с чувством личной идентичности: «Это случилось со *мной, я* обдумываю и переживаю это». Второй аспект *реализации* представляет собой действия, которые помещают переживание во временной континуум: мы присваиваем качество «настоящее» своему переживанию, соединяем наше прошлое, настоящее и будущее, обеспечивая, таким образом, наиболее адаптивное, осознанное действие в настоящем.

Реализация как ВНЛ, так и АЛ не достигает уровня, необходимого для полноты жизни в настоящем. Кроме того, этим частям личности не удается завершить действие *реализации* своего травматического опыта, то есть вполне осознать тот факт, что травматическое событие осталось в прошлом. Для ВНЛ и АЛ также характерна неспособность *реализации* и других форм опыта, что приводит к незавершенности многих переживаний. Так, ВНЛ в отношении травматического опыта не завершает его *реализацию,* поэтому ВНЛ часто отрицает травму или сохраняет амнезию разной степени тяжести в отношении этих событий. Порой же ВНЛ признает факт травмы, утверждая, однако, при этом: «Все это, похоже, происходило *не со мной*». Что касается АЛ, то для этих частей личности травматическое переживание остается незавершенным. АЛ остается погруженной в переживания *прошлого,* поэтому ее способности к жизни в настоящем крайне ограничены. ВНЛ и АЛ не могут выйти за рамки систем действия, которые входят в их сферу компетенции, и ограниченного набора навыков совладания. Поэтому диссоциированные части личности избирательно реагируют на строго определенные стимулы, в частности, на те, которые релевантны их потребностям в поддержке, заботе и в защите. Это еще более снижает способность *реализации* и интеграции травматических воспоминаний и полноценной жизни в настоящем.

ПОДДЕРЖАНИЕ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЛИЧНОСТИ

У пациентов, страдающих травматическими расстройствами, структурная диссоциация становится хронической. Существует ряд взаимосвязанных факторов поддерживающих диссоциацию (они будут подробно рассмотрены в главе 10).

Чем ниже психический уровень, тем больше человеку приходится полагаться на замещающие действия, которые хотя и позволяют как-то справиться с дезорганизующим аффектом и деструктивными мыслями, но препятствуют интеграции травматических воспоминаний и диссоциативных частей. Психический уровень людей, пострадавших от психической травмы, остается низким, что усугубляется недостаточным владением необходимыми коммуникативными и эмоциональными навыками. Причиной последнего, как правило, является то, что в детстве в окружении пациента не было взрослых людей, которые могли бы дать ему подходящий образец для подражания и обучали бы его этим навыкам. Многие пациенты выросли в среде, где эти навыки никогда не использовались. Социальная поддержка или отношения с другими людьми могут компенсировать низкий или средний психический уровень и таким образом способствовать интеграции травматических переживаний. Однако зачастую такая поддержка у пациентов невелика или вовсе отсутствует. Они оказываются в одиночестве пред лицом очень трудной задачи, которая часто оказывается для них непосильной. Интеграция также бывает затруднена по причине нейробиологических изменений, вызванных

травмой (Krystal, Bannett, Bremner, Southwick, Charney, 1996; Krystal, Bremner, Southwick, Charney, 1998; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Perry, Pate, 1994; Vermetten , Bremner, 2002).

Здесь уместно упомянуть и последствия обусловливания при травматическом переживании, что также вносит существенный вклад в сохранение структурной диссоциации, то есть у человека, пережившего травму, могут сформироваться обусловленные реакции страха на внешние или внутренние стимулы в результате процессов научения, когда между относительно нейтральными (условными стимулами) и угрожающими (безусловными стимулами) аспектами травматической ситуации устанавливается ассоциативная связь. Впоследствии это может послужить причиной формирования устойчивых реакций избегания в отношении стимулов, которые, по сути, являясь более или менее нейтральными, в силу процессов научения, оказались связаны с травматическим опытом. Таким образом, структурная диссоциация поддерживается за счет того, что ВНЛ научается фобическому реагированию, которое в основе своей представляет избегание вторжения травматических воспоминаний и связанных с ними аффектов и мыслей, принадлежащих АЛ. Впоследствии это избегание закрепляется и становится хроническим. Работе по разрешению этих фобий, краткое описание которых приведено ниже, уделяется основное внимание в терапии пациентов, переживших травму.

Фобии, способствующие сохранению структурной диссоциации

Традиционно фобию относят к категории тревожных расстройств и определяют как чрезмерный страх, возникающий в ответ на определенный внешний стимул (например, пауков, высоту, микробы, социальные ситуации и пр.) и обладающий определенным психодинамическим значением. Однако фобический страх может также возникать и в ответ на внутренние явления, на ментальные действия, такие как определенные мысли, чувства, фантазии, ощущения и воспоминания (например: Janet, 1903; McCullough et al., 2003; Nijenhuis, 1994). Терапевты, работающие с жертвами хронической травмы, с готовностью подтвердят то, что их пациенты боятся не только внешних стимулов, напоминающих о травматическом опыте, но и соответствующих ментальных действий.

Согласно Жане (1904/1983b, 1935a), ключевую роль в поддержании структурной диссоциации, вызванной психической травмой, играет фобия, основанная на избегании синтеза и *реализации* как самого травматического опыта, так и последствий психотравмирующего переживания. Речь идет о фобии травматических воспоминаний. Стратегии поведенческого и ментального избегания, поддерживающие структурную диссоциацию, направлены на то, чтобы помешать *реализации,* осознанию самого себя, своей истории, ее смысла, так как это вызывает страх перед переживаниями, которые могут оказаться разрушительными для индивида. Со временем ключевая для проблемы последствий психической травмы фобия травматических воспоминаний

порождает другие фобии. Жане (1903, 1909b, 1922) утверждал, что все фобии восходят к страху определенных действий. В терапии пациентов, перенесших психическую травму, соблюдается особая последовательность в проработке фобий, связанных с травмой. Это необходимо для того, чтобы пациент смог сформировать *способность осуществлять целесообразные и более адаптивные психические и поведенческие действия,* то есть достичь более высокого уровня психической эффективности. В ходе этой работы пациент обретает возможность справляться со все более сложными и тяжелыми переживаниями прошлого и настоящего, интегрировать их, а также улучшать качество повседневной жизни.

Процесс генерализации, когда ассоциативные связи устанавливаются между все большим и большим числом относительно нейтральных стимулов и элементами травматического опыта, создает все больше и больше поводов во внешнем окружении и внутреннем мире индивида для реакций страха и избегания. Например, когда одна из диссоциативных частей личности пациента (ВНЛ) страдает от вторгающихся травматических воспоминаний и ассоциативно связывает их с другими проявлениями АЛ, то у ВНЛ может развиться фобия этой диссоциативной части. Между тем у АЛ также может появиться фобия ВНЛ, так как АЛ воспринимает ее как игнорирующую или причиняющую вред (то есть пренебрегающую или жестокую). По сути, у людей, страдающих от последствий психической травмы, любые ментальные действия – чувства, ощущения, мысли, сознательно или неосознанно ассоциируемые с травматическим опытом, могут приобрести значение внутренних стимулов, в ответ на которые возникают страх и маневры избегания ментальных действий. Поэтому можно сказать, что у большинства пострадавших в той или иной степени развивается фобия ментальных действий, производных от травматического опыта (в прежних публикациях мы использовали термин *фобия психического содержания;* см., например: Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2002; Van der Hart, Steele, 1999). Корни этой фобии восходят к первичной фобии травматических воспоминаний, а аффективный компонент, помимо страха, может также включать отвращение или вину в отношении тех ментальных действий, которые оказались в ассоциативной связи с травматическими воспоминаниями. Таким образом, поскольку пациенты боятся собственной внутренней жизни, они не могут интегрировать свои внутренние переживания, а это, в свою очередь, способствует сохранению структурной диссоциации.

При хронической травме детства легко формируются *фобии привязанности и утраты привязанности,* так как психическая травма наносится другим человеком, значимым взрослым. По этой причине отношения привязанности, без которых ребенок не может выжить, воспринимаются как опасные. Фобия привязанности часто парадоксальным образом сопровождается не менее сильной фобией утраты привязанности. Фобия утраты привязанности проявляется в сильных чувствах и других ментальных действиях, которые побуждают человека во что бы то ни стало искать близости с другим. Обычно эти противо-

положные фобии принадлежат разным частям личности. Они затягивают друг друга в порочный круг, где субъективное восприятие изменений дистанции в отношениях активирует известный «пограничный» паттерн «Я тебя ненавижу – не покидай меня», ранее описанный как дезориентированная/дезорганизованная привязанность (Д-привязанность, см.: Liotti, 1999a).

Другим следствием процесса генерализации является *фобия нормальной жизни*. Индивид, страдающий от последствий травмы, избегает многих аспектов обыденной жизни, так как повседневная жизнь всегда предполагает некоторый «нормальный» уровень риска и готовность к переменам. Подводя итог сказанному, мы отмечаем, что межличностная природа хронической травматизации создает условия для формирования самых разных фобий у травмированных индивидов: это и фобии привязанности, и ментальных действий, производных от травматического опыта, получивших статус условного стимула. Результатом многочисленных фобий является избегание более зрелых форм отношений привязанности, например близости.

ФАЗОВО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

Теория структурной диссоциации имеет большое значение для диагностики последствий психической травмы и терапии пациентов с хронической травматизацией (см., например: Steele et al., 2001, 2005). Эта теория объясняет разделение, которое происходит внутри личности в результате психотравмирующего переживания, описывает внешние проявления этого разделения. С помощью этой теории также сформулированы основные принципы терапии пациентов, страдающих от последствий психической травмы. Терапевтам необходимо помнить, что при работе с травмированными пациентами им следует, помимо знания психодинамических, поведенческих и межличностных аспектов терапии, еще и владеть навыками оценки уровней психической энергии и психической эффективности пациента, а также уметь работать над их повышением. Терапевт должен понимать, к каким поведенческим и ментальным действиям прибегает его пациент при решении задач адаптации. Решение терапевтом задачи повышения уровня тенденций к действию, принадлежащим разным личностным системам пациента, будет более эффективным, если терапевт в своей работе будет готов выйти за рамки какого-то одной психотерапевтической модели.

Фазово-ориентированный подход лежит в основе современных методов терапии сложного ПТСР, диссоциативных и других травматических расстройств, что на сегодняшний день стало общепринятым. Согласно данному подходу, лечение расстройств, связанных с психической травмой, должно проходить через следующие этапы, или фазы: 1) стабилизация и снижение выраженности симптомов; 2) работа с травматическими воспоминаниями и 3) интеграция и реабилитация личности. Хотя мы говорим о фазах терапии, располагая

их в линейной последовательности, следует помнить, что в реальной работе с пациентами эта последовательность не является строго прямолинейной и предполагает периодическое возвращение к предыдущим фазам (Courtois, 1999; Steele et al., 2005).

На каждой фазе задачи *разрешения проблем и формирования навыков* решаются в более широком контексте *отношений* (Brown, Scheflin & Hammond, 1998). Если усилия пациента и терапевта приводят к повышению уровня психической эффективности пациента, что позволяет интегрировать ранее непереносимый диссоциированный материал, то это открывает новые возможности для проработки в терапии более глубоких уровней травматического опыта и нарушений функционирования. В относительно простых случаях травматизации ход фазово-ориентированной терапии может соответствовать линейной траектории. Однако чаще всего терапевтическая работа с многоуровневыми и хроническими следствиями травмы требует неоднократного перехода от одной фазы к другой и не может быть линейной.

Диагностика

Пациенты с хронической травмой часто обращаются за помощью во время кризиса, поэтому важно, оказывая помощь в разрешении конкретной кризисной ситуации, по возможности не забывать об обычных диагностических процедурах: тщательной проверке диагноза, психологическом тестировании, подробном сборе анамнеза (включая историю возможной травмы и опыт предшествующего лечения). У этих пациентов может наблюдаться тяжелая коморбидная симптоматика, соответствующая критериям самых разных расстройств, что делает практически невозможным описание такой пестрой клинической картины в рамках одной диагностической категории.

Хотя систематическая диагностика диссоциативных симптомов и расстройств обычно не является обязательной, все же она настоятельно рекомендована в том случае, если у пациента наблюдается множество разнообразных коморбидных симптомов, а также для пациентов с историей травмы и «неудачами в терапии». При этом необходимо помнить о том, что диссоциативная организация личности пациента может и не соответствовать какому-либо из диагнозов диссоциативных расстройств, описанных в DSM-IV. Например, признаки вторичной структурной диссоциации свойственны пациентам и с диагнозом пограничного личностного расстройства, и с соматоформным расстройством, а также для пациентов с диссоциативными расстройствами моторики и чувственного восприятия, как они определены в МКБ-10 (WHO, 1992). Однако для того, чтобы сложилась более или менее четкая картина структурной диссоциации личности пациента, терапевту потребуется время, а также внимательное и тщательное наблюдение пациента.

Для того чтобы сформировать план терапии, учитывающий особенности пациента, необходимо знать его сильные и слабые стороны, такие как особенности функционирования с точки зрения психического уровня (то есть необ-

ходимо знать, какой максимальный уровень в иерархии тенденций к действию, а также уровень энергии доступен для пациента). Некоторые пациенты могут прекрасно справляться с повседневной жизнью и сложной работой, демонстрируя временное понижение психического уровня в ситуациях, когда оживают травматические воспоминания или от них требуются навыки совладания, которых у них пока еще нет. Психический уровень других пациентов может быть гораздо ниже как с точки зрения психической эффективности, так и энергии. Проводя всестороннюю оценку психического уровня и его динамики, необходимо по возможности принимать во внимание все важные области повседневной жизни пациента, в том числе работу, отношения с другими людьми, заботу о других, игровую активность, режим сна и питания, потенциально опасные ситуации, уровень ментальных действий, сопровождающих поведенческие действия. Когда в результате диагностической работы становится ясно, что в некоторой определенной ситуации поведение пациента дезадаптивно, перед специалистом встает задача определения замещающего действия более низкого уровня, к которому пациент прибегает в данной ситуации. Эти замещающие действия и становятся потенциальными мишенями терапии.

При планировании терапии также полезно будет знать о том, какие именно ВНЛ и АЛ образовались при структурной диссоциации личности пациента, а также об уровнях психического функционирования этих диссоциативных частей личности. Хотя для ВНЛ в целом свойствен более высокий психический уровень по сравнению с АЛ, однако иногда ВНЛ оказывается беспомощной перед вторгающимися элементами травматического опыта. Впрочем, изучение диссоциативных частей личности пациента и их психической эффективности и энергии может потребовать некоторого времени. Однако всесторонняя диагностика (подробнее см. главу 11) необходима уже при выработке исходного плана терапии.

Первая фаза терапии: стабилизация и снижение симптоматики

На первой фазе главным образом решается задача повышения психического уровня и качества адаптивных действий ВНЛ и АЛ для более эффективного функционирования в повседневной жизни. Для этого терапевт помогает пациенту в достижении определенного баланса психических и поведенческих действий, учитывая доступный для пациента уровень психической энергии и эффективности. Задача данной фазы состоит в повышении психического уровня ВНЛ и тех ключевых АЛ, которые содержат в себе элементы травматического опыта, проявляющегося в симптомах вторжения, и, следовательно, оказывающего влияние на ход терапии и чувство безопасности пациента. Это предполагает повышение рефлексивных возможностей, а иногда и расширение репертуара доступных для пациента психических и поведенческих действий. В случаях первичной структурной диссоциации это может быть до-

стигнуто относительно просто в рамках краткосрочной психотерапии (Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). Однако при вторичной и третичной диссоциации личности решение этой задачи требует гораздо более продолжительных и энергичных усилий терапевта.

Очень важно помочь пациенту в развитии навыка оценки границ его энергетических ресурсов в данный момент времени, понимании того, что именно может повышать и понижать уровень психической энергии, рационально использовать свою энергию. Однако, прежде всего, необходимо, чтобы пациент на своем опыте узнал, что психические и поведенческие действия, завершенные адекватным образом, повышают его психический уровень. Некоторые пациенты предъявляют к себе слишком большие требования в повседневной жизни, не соизмеряя их с теми ресурсами внутренней энергии, которыми они обладают. Необходимо помочь этим пациентам разобраться с тем, от каких нагрузок им следует отказаться, наладить режим с тем, чтобы у них было больше возможностей для отдыха. Эти изменения позволят им освободить пространство и время для эффективных ментальных действий, которые замещались внешней активностью. Для других пациентов, психологически сильно ослабленных и поэтому ведущих пассивный образ жизни, более уместна иная стратегия – постепенное усиление психической и поведенческой активности. Что же касается пациентов, которые заняты бесконечной мысленной жвачкой и страдают от навязчивых мыслей, то им следовало бы помочь упростить их ментальные действия для того, чтобы их поведенческие действия стали более адаптивными. Во всех случаях необходимы действия более высокого уровня, подразумевающие рефлексию и планирование, а также усилия, направленные на повышение или стабилизацию психической энергии и эффективности. Низкая психическая эффективность способствует развитию замещающих действий, что проявляется в состояниях дистресса и основных симптомах психопатологии, таких, например, как самодеструктивное поведение. Улучшение функционирования ВНЛ может быть достигнуто через снижение выраженности или устранение этих ослабляющих симптомов, а также симптомов депрессии, тревоги и ПТСР. Первоочередной задачей является «контейнирование» травматических воспоминаний. Иногда в терапии возникает необходимость обучения пациента многим навыкам эмоциональной регуляции и коммуникации, а также постоянного использования этих навыков для повышения его психического уровня.

Систематическая работа над повышением адаптационной эффективности действий пациента на первой фазе терапии требует проработки и преодоления фобий, связанных с травматическим опытом: с травмой ментальных действий, в том числе фобий диссоциативных частей личности, фобий привязанности и утраты привязанности. На первой фазе также начинается проработка фобии изменений и фобии нормальной обыденной жизни, однако продолжение и завершение этой работы возможно только по достижению пациентом более высокого уровня функционирования в течение всего курса терапии. Эти

фобии свидетельствуют о том, что у пациентов есть «незавершенные дела». Пациенты расходуют много сил на избегание мыслей об этих делах или торможение активности, которая могла бы привести к их завершению. Пациент обычно реагирует на фобии замещающими действиями низшего порядка, еще больше понижающими психический уровень и затрудняющими интеграцию. Работа в терапии с этими серьезными проблемами должна опираться на принципы экономии психической энергии. При этом ожидается, что между диссоциативными частями личности пациента появятся и постепенно будут углубляться понимание и эмпатия, а также взаимодействие. Это необходимо для того, чтобы можно было впоследствии перейти к работе, направленной на то, чтобы травматические воспоминания стали доступными для всех диссоциативных частей. Таким образом, с самых ранних фаз терапии начинается работа над формированием более связной, стабильной и гибкой личности.

Вторая фаза терапии: терапия травматических воспоминаний

Основной целью второй фазы является разрешение фобии травматических воспоминаний, в результате чего исчезает мотив сохранения внутренних разделений структурной диссоциации. Эта фаза терапии обычно требует более высокого психического уровня, чем тот, с которым пациент приходит в терапию. Тщательное планирование хода и темпа терапии, включая регуляцию гипер- и гиповозбуждения, является ключевым для достижения успеха. Проработка травматических воспоминаний и связанных с ними эмоций и убеждений является в высшей степени сложной и тонкой частью терапии (см. главу 16).

Другие фобии, прорабатывающиеся на этой фазе, связаны с ненадежной привязанностью к насильнику/ам. Пациенты одновременно сильно привязаны к близкому человеку, совершавшему акты насилия по отношению к пациенту, и в то же время стремятся избегать его. Эта ключевая дилемма сближения–избегания должна быть разрешена. Разные части личности могут иметь противоположные и часто нереалистичные представления о насильнике (например, «Он знает все мои мысли, он накажет меня за них», «Он все делает правильно»). Эти противоречия должны быть очень осторожно исследованы и проработаны в ходе терапии. В конечном счете, пациент приходит к переживанию горя утраты своей мечты об идеальной семье и учится ценить то, что предлагает ему в жизни роль независимого взрослого человека.

Не всегда обращение к третьей фазе терапии происходит строго после полной проработки и интеграции травматических воспоминаний. Однако вторая фаза необходима, так как проработка незавершенного переживания травмы помогает поднять общий психический уровень пациента и преодолеть хронические препятствия на пути интеграции, которые создаются отыгрыванием и реактивацией травматического опыта. Как правило, в ходе терапии может возникнуть необходимость временного возвращения к работе предыдущих фаз.

Третья фаза терапии: интеграция и реабилитация личности

На третьей фазе решается другая задача терапии, которая является одной из труднейших (Van der Hart, Steele et al., 1993). Речь идет о болезненной работе горя, которая необходима для завершения *реализации* того, что когда-то произошло с пациентом, отказа от автоматических замещающих действий и начала нового этапа в жизни с опорой на новые навыки совладания, требующие стабильно высокого уровня психической эффективности и энергии. На третьей фазе продолжается и приходит к завершению работа с фобией изменения и нормальной жизни, начатая еще на первой фазе терапии. Наконец, кульминацией успешной терапии может быть названо преодоление фобии близости, которая являет собой преграду на пути к важным переменам к лучшему в отношениях с другими людьми и вообще в жизни пациента. Пациенты, которым не удалось успешно завершить третью фазу терапии, часто продолжают сталкиваться с серьезными трудностями в своей повседневной жизни, несмотря на существенное облегчение от снижения интенсивности или устранения симптомов вторжения. Качество жизни пациентов, успешно проходящих третью фазу, значительно улучшается.

ЧАСТЬ 1

СТРУКТУРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

ГЛАВА 1

Структурная диссоциация личности

Основные положения

Во мне есть еще одно я… утопающее в слезах… Я ношу его глубоко внутри, как рану.

Мишель Турнье (Tournier, 1972, p. 21)

Часто клиницист сталкивается с серьезными трудностями, пытаясь определить, какие именно события внутренней жизни или аспекты личности пациента могут считаться диссоциативными. Кроме того, возникают сомнения в том, что именно подвержено диссоциации при психической травме. В данной главе мы рассмотрим эти ключевые для понимания структурной диссоциации вопросы.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Так как термин *травма* используется часто и по-разному, то мы начнем с обсуждения того, как мы применяем термин *травматизация,* в частности, в контексте концепции структурной диссоциации личности. *Травма,* по сути, означает «рану», «повреждение» (Winnik, 1969) или «шок». Ойленбург, немецкий невролог, автор термина *психическая травма,* впервые применил его для обозначения психологических последствий воздействия стрессового события (Eulenburg, 1878; Van der Hart, Brown, 1990). В клинической и научной литературе широкое распространение получил термин *травматическое событие,* а термин *травма* зачастую используется как его синоним (Kardiner, Spiegel, 1947). Однако сами по себе события не являются травматическими, только наблюдая последствия, которые для психической жизни индивида имело переживание некоего события, можно судить, было ли оно для него травматическим или нет. Таким образом, переживание ситуации сильного стресса не всегда сопровождается психической травматизацией. Поэтому, когда в тексте этой

книги появляется термин *травма,* он означает не событие, а внутреннее состояние человека, страдающего от расстройства, вызванного переживанием экстремального события, а также ту или иную степень структурной диссоциации. Степень травматизации индивида зависит от ряда взаимодействующих между собой факторов, которые могут быть отнесены к одной из двух групп: объективные и субъективные характеристики переживания события. К последним относится уровень психической энергии и эффективности (компоненты интегративной способности индивида). Далее мы рассмотрим общие факторы уязвимости у взрослых и у детей.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТЕНЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩЕГО СОБЫТИЯ

Некоторые события обладают большим потенциалом психотравмирующего воздействия по сравнению с другими. К первым относятся события, которые отличаются интенсивным, внезапным, не поддающимся контролю, непредсказуемым и чрезвычайно негативным воздействием (Brewin, Andrews, Valentine, 2000; Carlson, 1997; Carlson, Dalenberg, 2000; Foa, Zinbarg, Rothbaum, 1992; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, Egeland, 1997). Ситуации межличностного насилия, сопровождающиеся нанесением физического ущерба или угрозой жизни, с большей вероятностью могут стать причиной психической травмы, чем другие события, отличающиеся чрезвычайно сильным стрессовым воздействием, такие, например, как стихийные бедствия (например: APA, 1994; Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson, Lucia, 1999; Darves-Bornoz, Lépine, Choquet, Berger, Degiovanni et al., 1998; Holbrook, Hoyt, Stein, Sieber, 2002). Ситуации утраты объекта привязанности (Waelde, Koopman, Rierdon, Spiegel, 2001) и предательства человеком, являющимся объектом привязанности (Freyd, 1996), хотя и не связаны непосредственно с угрозой жизни, повышают риск травматизации. В ситуациях жестокого обращения с ребенком часто действуют все вышеупомянутые факторы.

Как правило, пренебрежение сопровождает насилие по отношению к ребенку (Draijer, 1990; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, Steele, 2004). Однако и в отношениях между взрослыми людьми бывает так, что один из партнеров игнорирует потребности другого. Пренебрежение представляет собой такую форму травматизации, существенными чертами которой являются отсутствие заботы о партнере и внимания к его базовому физическому и эмоциональному благополучию, а также отсутствие сопереживания и поддержки со стороны значимого другого, то есть отсутствие всех тех важных аспектов отношений, которые детям необходимы в силу их возраста, а для взрослых важны в определенных ситуациях, таких как переживание потенциально травматического события.

Многократное переживание воздействия сильного стрессора в течение некоторого времени, как, например, в случае насилия в детском возрасте, при-

водит к наиболее разрушительным последствиям для жертвы. Хроническая травматизация повышает риск возникновения травматических расстройств, а также опасных форм поведения, включая наркоманию (Dube, Anda et al., 2003) и суицидальное поведение (Dube, Felitti et al., 2001), и приводит к появлению симптомов не только психических, но и соматических расстройств. Повторяющиеся травматические переживания в контексте отношений с важными взрослыми людьми создают предпосылки для отклонения от нормы процессов формирования структур мозга и нейроэндокринной системы (Anda et al., 2006, Dube et al., 2003; Breslau, Davis, Andreski, 1995; Draijer, Langeland, 1999; Glaser, 2000; Hillis et al., 2004; Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2004; Ozer, Best, Lipsey, Weiss, 2003; Perry, 1994; Schore, 2003a, b). Хроническая травматизация является основным фактором развития более сложных форм структурной диссоциации.

Недостаток или отсутствие социальной поддержки существенно повышает риски появления травматического расстройства (например: Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Это особенно справедливо в отношении детей, для которых успех интеграции сложных аспектов жизненного опыта полностью зависит от помощи взрослых. Для поддержания и роста психической эффективности (например: Runtz, Schallow, 1997) требуется создание благоприятных условий, поддержка и забота, так как, помимо прочего, это способствует снижению уровня физиологической реактивности (Schore, 1994, 2003b) и оказывает благотворное влияние на иммунную систему (Uchino, Cacioppi, Kieclot-Glaser, 1996). Ребенку необходимо поддерживающее прикосновение и телесный контакт, которые помогают ему смягчить воздействие стресса и справиться с сильными эмоциональными реакциями (Kramer, 1990; Nijenhuis, Den Boer, 2007; Weze, Leathard, Grange, Tiplady, Stevens, 2005).

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Очень часто после переживания чрезвычайного происшествия у взрослых людей возникают острый дистресс и явления вторжения травматического опыта. Однако в большинстве случаев эти состояния являются преходящими и спустя несколько недель или месяцев прекращаются без формирования травматического расстройства (Kleber, Brom, 1992). Явления вторжения, возникающие сразу после психотравмирующего переживания, можно считать проявлениями временного незначительного внутриличностного разделения, которое предшествует полной интеграции стрессового опыта. Однако у некоторых людей это разделение сохраняется на долгое время и приводит к появлению травматического расстройства. Так, исследования показывают, что ПТСР развивается примерно у 10–25% взрослых с острым стрессовым расстройством (ASD; APA, 1994) после переживания экстремального стресса (Breslau, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Yehuda, 2002). Мета-анализ по-

казал, что к основным факторам риска возникновения ПТСР у взрослых могут быть отнесены: предшествующая (кумулятивная) травматизация, долговременное жестокое обращение в детстве (этот фактор имеет особое значение), прежние трудности психологической адаптации, наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, угроза жизни, интенсивные негативные эмоции и диссоциативные состояния во время переживания психотравмирующей ситуации, недостаточная социальная поддержка (Brewin et al., 2000; Emily, Best, Lipsey, Weiss, 2003; Holbrook, Hoyt, Stein, Sieber, 2002; Ozer et al., 2003). Люди, пережившие в детстве травму отвержения и жестокого обращение со стороны важных взрослых, по сути, были подвержены всем вышеперечисленным факторам риска.

Гено-средовое взаимодействие

Личность характеризуется, в частности, взаимодействием среды и наследственности. Генетические факторы могут усугублять уязвимость к стрессовым ситуациям и формировать предрасположенность к развитию таких личностных особенностей, которые усиливают риск попадания в опасные ситуации (Jang et al., 2003). Однако до сих пор отсутствуют неопровержимые данные о прямой связи между наследственностью и склонностью к травматизации (Brewin et al., 2000; Emily et al., 2003; McNally, 2003).

Психическая эффективность и психическая энергия

Для сохранения относительной целостности личности после воздействия факторов экстремального стресса необходим высокий уровень психической эффективности. Если психическая эффективность и психическая энергия (которые будут подробно рассмотрены в части II и в главе 12) оказываются недостаточными для достижения полной интеграции травматического опыта, происходит структурная диссоциация. Психическая эффективность варьирует в широких пределах и зависит от индивидуальных особенностей, например, от возраста (повышается по мере взросления и, как правило, снижается к старости), а также от уровня физической и психической энергии, состояния физического и психического здоровья, настроения, эмоций, стресса. В норме психическая эффективность и психическая энергия сбалансированы и достигают достаточно высокого уровня, что позволяет индивиду интегрировать внутренний опыт в соответствии с возможностями актуального уровня развития (Jackson, 1931–1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2002).

Интеграция затруднена, если человек избегает травматических воспоминаний, подавляет мысли о травматическом опыте, негативно относится к непроизвольному появлению собственных травматических воспоминаний или когда человек находится в состоянии истощения. Эти факторы являются предикторами ПТСР у детей (Ehlers, Mayou, Bryant, 2003) и у взрослых (Laposa, Alden, 2003; Marmar et al., 1996).

Мы полагаем, что при низком уровне психической эффективности люди чаще прибегают к таким ментальным действиям, как избегание, подавление или формирование негативных оценок и убеждений. Это особенно свойственно для ВНЛ, диссоциативной части личности, избегающей травматических воспоминаний. Впрочем, диссоциированные аффективные части личности (АЛ), фиксированные на травматических воспоминаниях, также порой избегают как ВНЛ, так и реальности.

Возраст

Между развитием травматического расстройства и возрастом, при котором произошла психическая травма, есть связь. Чем моложе человек, тем больше вероятность появления расстройства, вызванного травмой. Эта закономерность была выявлена для ПТСР, сложного ПТСР, травматического пограничного расстройства личности, диссоциативного неуточненного расстройства первого типа (более мягкой разновидности расстройства диссоциированной идентичности) и РДИ (например: Boon, Draijer, 1993; Brewin et al., 2000; Herman, Perry, Van der Kolk, 1989; Liotti & Pasquini, 2000; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden, 1998b; Ogawa et al., 1997; Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk & Mandel, 1997). Хроническая травматизация в детском возрасте стоит особняком в ряду других типов травматизации, так как травму переживает нуждающийся в особой заботе и поддержке ребенок с незрелой психической эффективностью и психобиологическими структурами (см. главу 5).

Структурная диссоциация личности. Перитравматическая диссоциация

Симптомы диссоциации, которые появляются у индивида во время и после травматического события, указывают на трудности интеграции, по крайней мере, некоторых аспектов травматического переживания. Наличие диссоциативных, а также других симптомов, таких как выраженные изменения сознания коррелируют с последующим развитием серьезных травматических расстройств (Lensvelt-Mulders et al., 2008; Van der Hart, Van Engen, Van Son, Steele, Lensvelt-Mulders, 2008; Ozer et al., 2003).

Разрушительные эмоции и повышенный уровень физиологической реактивности

Психическая травма связана с переживанием «разрушительных» эмоций, таких как паника и эмоциональный хаос во время и после чрезвычайного события (Bryant, Panasetis, 2001; Conlon, Fahy, Conroy, 1999; Janet, 1889, 1909a; Resnick, Falsetti, Kilpatrick, Foy, 1994; Van der Hart, Brown, 1992). Повышение уровня физиологической реактивности после завершения психотравмирующей ситуации может, например, проявляться в повышении частоты сердечных сокращений (Shalev et al., 1998), а также в преувеличенной реакции испуга

(Rothbaum, Davis, 2003), что некоторые авторы считают предикторами ПТСР. При переживании разрушительных эмоций происходит подмена адаптивных действий дезадаптивными суррогатами, то есть происходит отказ в пользу реактивного реагирования от сложных действий, для которых необходимы рефлексивная мыслительная проработка и детальный последовательный план (Janet, 1909a; Van der Kolk, Van der Hart, 1989).

Сниженный уровень физиологической реактивности

Симптомы повышенной физиологической реактивности традиционно включены в один из основных диагностических критериев ПТСР, однако в последнее время важная роль в посттравматических состояниях также отводится и явлениям гиповозбуждения (например: Lanius, Hopper, Menon, 2003; Nijenhuis, Den Boer, 2009). Не все люди испытывают гипервозбуждение во время чрезвычайного события, иногда вслед за проявлениями повышенной физиологической реактивности следует непроизвольное и значительное снижение уровня сознания (гиповозбуждение). Так, состояние повышенной физиологической реактивности может повлечь нарушение процессов сохранения информации в памяти, а после смениться чувством нереальности происходящего, блокированием эмоциональных реакций и анестезией. Несмотря на то, что некоторые элементы травматического опыта впоследствии могут быть воспроизведены в произвольном припоминании, все же подобные реакции препятствуют полной интеграции травматического опыта.

Смысл

Смысл, который индивид придает событию (например, считает произошедшее проявлением божественной воли, наказанием, считает себя виновником событий) существенно влияет на развитие ПТСР (например: Ehlers et al., 2003; Koss, Figueredo, Prince, 2002). Дети обычно убеждены, что насилие и пренебрежение происходят по их собственной вине, потому что часто слышат обвинения в свой адрес со стороны насильника и других взрослых людей. Кроме того, дети часто не знают, как еще объяснить то страдание, которое причиняют им близкие (Salter, 1995). Восприятие события как угрожающего жизни связывается с диссоциацией (Marmar, Weiss, Schlenger et al., 1994; Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, Foreman, 1996).

Прошлый опыт

То, как люди реагируют на событие, в определенной степени зависит от степени их готовности к тому, что произошло (например: Janet, 1928b; Morgan et al., 2001). И хотя трудно себе представить, как ребенок мог быть готов к (дальнейшему) хроническому насилию, исследования факторов устойчивости к факторам стресса и психической тарвмы могут помочь нам понять, как дети научаются адаптивно справляться с неблагоприятным опытом (Berk, 1998; Caffo, Belaise, 2003; Henry, 2001; Kellerman, 2001; McGloin, Widom, 2001). Это

знание может пригодиться при оказании помощи детям с низкими интегративными возможностями.

Итак, оценка события как психотравмирующего может быть сделана только на основании знания о том, какое воздействие на индивида оказало переживание этого события. Следовательно, такая оценка возможна только некоторое время спустя после завершения события. Вышеприведенные психологические и биологические факторы влияют на уязвимость относительно воздействия психотравмирующих факторов данной ситуации, а значит, на развитие структурной диссоциации личности.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ ЧАСТИ ЛИЧНОСТИ

Идея диссоциации личности, безусловно, не нова. В XIX веке диссоциация определялась как разделение личности (Azam, 1876; Beaunis, 1887; Binet, 1892–1896/1997; Breuer, Freud, 1893–1895/1955b; Ferenczi, 1932/1988; Janet, 1887/2005; Prince, 1905; Ribot, 1885; Taine, 1878; ср.: Van der Hart, Dorahy, 2009).

Диссоциация как разделение личности

Точнее говоря, диссоциация представляет собой разделение между «системами идей и функций, составляющих личность» (Janet, 1907, p. 332). Под «идеями» Жане подразумевал не только мысли, но и психобиологические комплексы (системы), включающие мысли, аффекты, ощущения, формы поведения, воспоминания, которые мы называем *психическими* (*ментальными*) *действиями.* Он полагал, что с этими системами идей и функций связано собственное чувство *я,* хотя и в некоторых случаях рудиментарное. Так, если аффект или ощущение диссоциировано, эти ментальные действия тем не менее представлены в контексте *я:* «*я* в ужасе», «у *меня* болит живот». Однако в другом *я* могут быть представлены совершенно иные восприятие и оценка происходящего: «*мне* не страшно»; «*я* не чувствую боли»; «*я* ничего не чувствую». Чувство *я* может в этом случае быть достаточно ограниченным и сводиться к осознанию лишь некоторой части опыта.

Исходная идея диссоциации как разделения личности сохранила свое значение и в наши дни. Например, Патнем (Putnam, 1997) определяет диссоциацию как разделение «отдельных поведенческих состояний», в норме связанных между собой и образующих «поведенческую архитектуру». Эта «архитектура», или структура, определяет «личность человека, объединяя ряд доступных ему поведенческих состояний и совокупность прежнего опыта, сформировавшую ясные и стабильные состояния сознания» (p. 157).

Диссоциация как разделение личности наблюдается у взрослых в состояниях острой травматизации. Например, во время Первой мировой войны диссоциацией личности объяснялось чередование симптомов вторжения травматического опыта и явлений избегания (например: Brown, 1919; Ferenczi, 1919; Horowitz, 1986; McDougall, 1926; Myers, 1940; Simmel, 1919; ср.:

Van der Hart, Van Dijke et al., 2000). Сейчас эти состояния могли бы быть диагностированы как ПТСР или как простое диссоциативное (конверсионное) расстройство моторики и чувственного восприятия (WHO, 1992). Наблюдая пациентов, страдающих этими расстройствами, клиницисты замечали, что диссоциативные ментальные действия, такие как травматические воспоминания, не разворачиваются абсолютно изолированно, но всегда являются частью «некоторой *личности*» (Mitchell, 1922, p. 113), которая не может быть охарактеризована – «как просто идея, группа или последовательность идей, но как целесообразное мышление [части] личности, обладающей самосознанием» (McDougall, 1926, p. 543). Таким образом, диссоциированные (когнитивные и иные ментальные) действия принадлежат некой диссоциативной части личности индивида, пережившего психическую травму. Эта часть считает себя *автором* этих действий, а сопряженные с ними элементы опыта – *своими* собственными (Braude, 1995). Например, при повторном переживании прошлого травматического события, именно АЛ принадлежит утверждение «*я* убежала (АЛ как инициатор бегства), потому что *я* испугалась» (АЛ как часть, которой принадлежит страх и которая признает его своим). Для структурной диссоциации характерно то, что в личностной системе всегда присутствует такая диссоциированная часть личности, которая признает свое авторство и «права собственности» в отношении тех или иных действий. Это отличает структурную диссоциацию личности от других проявлений недостаточной интеграции, таких как приступы паники при паническом расстройстве или навязчивые негативные мысли при депрессии.

Диссоциативные части личности

Хотя Митчелл и Макдугалл говорили о «личностях», внимательное изучение их работ показывает, что в действительности они имели в виду диссоциативные *части одной* личности. Центральное место в их теоретических построениях занимает утверждение, что диссоциативные «системы идей и функций» обладают своим собственным самосознанием и чувством *я* у пациентов, которым сейчас можно было бы поставить диагноз ПТСР (или иного другого расстройства, этиологически связанного с психической травмой).

Диссоциативные части являются составляющими единой личности. Даже те части личности, в сферу которых входят лишь ограниченные аспекты опыта, тем не менее могут обладать стабильными чертами и функциями. В этом смысле все диссоциативные части имеют собственный «стойкий паттерн восприятия, установок и мышления о мире и о себе». Данная формулировка входит в критерий РДИ в DSM-IV, в котором определены диссоциированные личностные идентичности и личностные состояния (APA, 1994, p. 487), *точно такую* формулировку мы встречаем в определении *черт* личности (APA, 1994, p. 630). В современной литературе отсутствует принцип, который позволил бы дать качественную оценку и различать диссоциативные части лич-

ности при РДИ от диссоциативных частей личности при других травматических расстройствах, например, ПТСР. Мы считаем, что различия эти являются существенными, диссоциированные части личности при разных расстройствах отличаются по степени сложности и независимости. Некоторые психоаналитически ориентированные авторы (Ferenczi, 1926; Joseph, 1975; Rosenfeld, 1987) также использовали термин *части личности* для описания структурной диссоциации, не приводя, однако развернутого определения данного термина*.

Хотя диссоциативные части обладают чувством *я* (рудиментарным у некоторых диссоциативных частей), они представляют собой не отдельные, полностью самостоятельные сущности, но, скорее, особые и отделенные друг от друга в той или иной степени психобиологические системы прежде унитарной личности. Структурная диссоциация предполагает недостаток взаимосвязи и координации между этими системами. Отдавая дань замечательным работам Чарльза Майерса (1940), мы решили использовать его термины – «внешне нормальная часть личности» (ВНЛ) и «аффективная часть личности» (АЛ) – для обозначения двух разных типов психобиологических систем. Эти системы являются частями единого человеческого существа, поэтому при упоминании частей личности мы подразумеваем целостного индивида даже в том случае, если в его внутреннем мире доминирует какая-то одна из этих неинтегрированных систем. Поэтому мы говорим «он или она *как* ВНЛ или АЛ», и когда речь идет о ВНЛ или АЛ, это подразумевается.

Внешне нормальная и аффективная части личности

Эти части личности упоминаются многими авторами, независимо от терминологии, к которой они прибегают (например: Brewin, 2003; Figley, 1978; Howell, 2005; Kluft, 1984; Laufer, 1988; Putnam, 1989; Tauber, 1996; Wang, Wilson, Mason, 1996). Например, Фигли и другие авторы противопоставляют диссоциативное «состояние пострадавшего», при котором человека переполняют травматические воспоминания (то есть АЛ), состоянию «нормального функционирования личности» (то есть ВНЛ). Говоря о травме вьетнамских ветеранов, Лойфер (Laufer, 1988) разделил «военное *я*» и «адаптивное *я*». Тойбер в своей работе, посвященной пациентам, жертвам Холокоста, которые детьми попали в концентрационные лагеря (Tauber, 1996), противопоставляет «детскую часть [Я]» и «соответствующую актуальному возрасту взрослую часть [Я]».

---

* В клинической литературе используются разные конструкты для обозначения того, что мы называем диссоциативными частями личности, например, эго-состояния, диссоциативные или диссоциированные состояния, диссоциативные состояния я, диссоциативные состояния идентичности, диссоциативные личностные состояния, альтер-личности (alter personality, alters), диссоциативные или диссоциированные я, диссоциативные идентичности.

СИСТЕМЫ ДЕЙСТВИЙ: ПОСРЕДНИКИ ДИССОЦИАТИВНЫХ ЧАСТЕЙ

Эти согласующиеся между собой клинические наблюдения показывают, что разделение личности после переживания психической травмы происходит не случайным образом, но следует определенной базисной структуре, в рамках которой возможно бесконечное разнообразие вариаций. Самое простое разделение личности при травме – *первичная структурная диссоциация* с одной ВНЛ и одной АЛ.

Во введении мы отметили, что при структурной диссоциации происходит разделение внутри личности между двумя частями (первичная диссоциация личности) и большим их количеством (вторичная и третичная диссоциация личности), которые объединяют разные психобиологические системы и обладают самосознанием. Что можно сказать о психобиологических системах, «вокруг» которых происходит формирование ВНЛ и АЛ? Прежде всего, эти системы должны отвечать определенным критериям. Первый вытекает из необходимости интеграции всех более или менее связных психобиологических комплексов, входящих в сферу диссоциированных частей ВНЛ и АЛ. Поэтому системы, принимающие участие в формировании ВНЛ и АЛ должны быть способны к самоорганизации и саморегуляции в заданных рамках гомеостаза, времени и контекста.

Во-вторых, эти системы, аналогичные биологическим системам млекопитающих, являются функциональными системами, сложившимися в ходе эволюции. Согласно клиническим наблюдениям пациентов, переживших психическую травму, ВНЛ отвечает за репродуктивное поведение, отношения привязанности, заботу о других, другие виды социального взаимодействия. Кроме того, ВНЛ избегает травматических воспоминаний, которые могли бы помешать решению жизненно важных задач. Особенность АЛ состоит в том, что эта часть личности осуществляет филогенетически унаследованные защитные маневры и эмоциональные реакции на стимулы, которым присваивается значение угрозы, в том числе по причине фиксации на прошлом травматическом опыте.

В-третьих, АЛ и ВНЛ, как это будет показано ниже, чутко реагируют на безусловные и условные стимулы, связанные с угрозой, поэтому у людей, страдающих от последствий психической травмы, легко формируются обусловленные реакции.

В-четвертых, эти системы должны одновременно обладать устойчивостью характеристик и способностью изменяться в соответствии с требованиями ситуации, что мы и наблюдаем у ВНЛ и АЛ, которые демонстрируют как постоянные черты, так и признаки воздействия факторов конкретной ситуации. И наконец, эти системы должны быть активны уже на самых ранних этапах онтогенеза, так как диссоциативные расстройства могут проявляться очень рано. Системы действий удовлетворяют всем этим требованиям: они облада-

ют внутренней организацией, филогенетически обусловлены, являются функциональными, гибкими (в определенных границах), врожденными, и, вместе с тем, следуют эпигенетическим принципам развития.

Во введении мы привели краткое описание разных типов систем действий. Были упомянуты две основные категории: системы, обеспечивающие приближение к желаемым благам и участие в делах повседневной жизни, и системы, отвечающие за удаление от возможной опасности и бегство от непосредственной угрозы жизни или физическому благополучию (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Lang, 1995). Эти психобиологические системы иногда определяют как мотивационные (например: Gould, 1982; Toates, 1986), поведенческие (например: Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999), или операционные эмоциональные системы (Panksepp, 1998). Мы назвали их *системами действий,* поскольку они помогают нам адаптивно функционировать благодаря ментальным и поведенческим действиям. В норме у взрослого человека системы повседневной жизни и защиты интегрированы. Например, многие люди могут жить нормальной жизнью, осознавая вместе с тем возможные опасности: они внимательно водят машину, стараются не ходить в одиночку поздно вечером, пытаются найти укрытие в сильную бурю.

Функции систем действий в норме

Системы действий являются основными элементами, составляющими единую личность. Они есть у каждого индивида. В идеале в ходе онтогенеза происходит интеграция внутри и между системами действий, что позволяет нам быть более эффективными в решении задач адаптации. Системы регулируют и направляют тенденции к действию (Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999; Damasio, 1999; Gilbert, 2001; Gould, 1982; Lang, 1995; Lang, Davis & Öhman, 2000; Panksepp, 1998; 2003; Timberlake, 1994; Toates, 1986). В результате эволюции у человека сформировались связи примитивных систем действий с высшими корковыми функциями, что открыло для нас возможность активировать сложные тенденции, в том числе вступать в сложные взаимодействия с другими людьми.

Системы действий во многом определяют, что именно мы считаем привлекательным или отталкивающим, формируя соответствующие тенденции к приближению или избеганию (Timberlake, 1994). Каждая система действий позволяет нам отвергать стимулы или принимать их для последующей информационной обработки в соответствии с биосоциальными целями этих систем. Они помогают нам научиться тому, что является необходимым для адаптации (Timberlake & Lucas, 1989), и в свою очередь сами изменяются в ходе этого обучения (Timberlake, 1994).

Например, система защитных действий и связанное с ней чувство страха, помогают различать опасность и побуждают к защите. Совместное действие систем привязанности и сексуальных отношений помогают устанавливать отношения привязанности и осуществлять репродуктивную функцию. Благодаря активности этих систем в нашей жизни существуют смысл, взаимная

поддержка и удовольствие, которые совершенно необходимы для выживания нашего вида. Элементами систем, связанных с формами социального взаимодействия, такими как привязанность, забота, размножение, могут быть и осознанные эмоции стыда, вины, неловкости, то есть те, что мотивируют поведение дистанцирования, помогая таким образом избежать потенциальных реакций отвержения или критики. Однако благодаря этим эмоциям мы утверждаем нашу принадлежность к группе, так как они лежат в основе принятия нами социальных норм. Исследовательская система пробуждает нашу любознательность в освоении мира, благодаря чему мы становимся все более и более опытными в организации среды обитания и таким образом достигаем более высоких уровней адаптации. В сфере системы регуляции энергии формируются реакции на усталость и голод, необходимые для поддержания внутреннего равновесия и выживания.

В повседневной жизни человек сталкивается с рядом сложных биосоциальных задач (уход за детьми, социализация, соперничество, игра с друзьями, исследование внешнего и внутреннего мира). Для их решения индивид должен достичь согласованной активности систем действий, что может оказаться непростым делом, так как координация совместной деятельности разных систем гораздо сложнее, чем опора на активность только одной из них. Неудивительно, что многие часто встречающиеся психологические конфликты связаны с трудностями учета столь различных интересов. Например, достичь адаптивного и полезного баланса в сочетании работы, отношений с другими людьми и отдыха гораздо сложнее, чем посвятить все свое время одной только работе. Координация поведенческих систем требует более высокого уровня психической эффективности, чем использование в своей деятельности одной-единственной системы. При структурной диссоциации активность какой-то одной диссоциативной части личности будет направлена на достижение тех целей и решение тех задач, которые связаны с мотивирующими данную часть личности системами действий, тогда как цели и задачи поведенческих систем, оставшихся за границей диссоциативного разделения и принадлежащих другим частям личности, будут подавляться или избегаться. Например, диссоциативная часть, главной задачей которой является обеспечение безопасности индивида, может избегать общения с другими людьми и других социальных ситуаций, и даже обладать невнятной речью. Тогда как другая часть личности индивида может интересоваться людьми, чувствовать себя с ними уверенно и стремиться проводить больше времени с друзьями.

Элементы системы действий

Системы действий обладают довольно сложной, по крайней мере, двухуровневой организацией. Каждый из этих уровней содержит компоненты с собственными целями, мотивами и соответствующими тенденциями к действию (Fanselow & Lester, 1988; Timberlake, 1994). Мы также различаем подсистемы действий и в рамках данной подсистемы способы функционирования, или мо-

тивационные состояния. Например, система энергетической регуляции включает такие *подсистемы,* как питание и сон, имеющие собственные цели, однако все они подчинены общей задаче поддержания энергии организма на необходимом для успешного функционирования уровне.

Подсистемы ориентируют индивида в отношении определенного вида стимулов, оформляют соответствующие тенденции к действию. Таким образом, подсистемы во многом определяют, что и как вовлекается в процесс интеграции. Голодный человек будет занят поисками пищи и едой, уставший будет искать спокойное место, где можно отдохнуть и вздремнуть, испуганный будет стараться избежать пугающей ситуации и стремиться к безопасности, сердитый будет спорить или драться. Другими словами, подсистемы ограничивают поле сознания индивида релевантными стимулами (например, определенными аспектами приема пищи, безопасности, взаимоотношений, работы) и поддерживают одни тенденции, тормозя другие. Однако интересы адаптации требуют, чтобы индивид был способен интегрировать эти подсистемы и координировать их активность.

Каждая подсистема обладает определенным набором образов действия, или мотивационных состояний, которые помогают достичь определенной цели разными путями через *реализацию* разных тенденций к действию. Например, система энергетической регуляции состоит из подсистемы питания, которая не ограничена одной лишь подсистемой поглощения пищи, но состоит из подсистем, обеспечивающих покупку еды в магазине, посещение кафе или ресторана, приготовление пищи и ее усвоения. Система действий, благодаря которой осуществляется забота о ребенке, состоит из подсистем защиты, кормления, обучения, воспитания и любви к ребенку. В свою очередь, активация какой-то подсистемы может выражаться в разных действиях, так, родитель, вдруг обнаружив, что ребенок потерялся в супермаркете, может прибегать к разным действиям, стараясь его отыскать. Например, станет повсюду разыскивать ребенка, может попросить других людей о помощи, громко звать ребенка по имени, пытаться представить себе, куда мог пойти ребенок, при этом тормозить другие тенденции действия, такие как оцепенение, вызываемое страхом, желание отдохнуть после долгого напряженного дня. В этой ситуации родитель максимально ограничит поле своего сознания, оставив место только для стимулов, связанных с эффективными поисками ребенка.

ПОДСИСТЕМЫ, ОБРАЗЫ ДЕЙСТВИЯ И ДИССОЦИАТИВНЫЕ ЧАСТИ

Для понимания того, как функционируют и в чем состоит нарушение функционирования диссоциативных частей личности, очень важны понятия подсистемы и образа действия систем. Во введении мы утверждали, что конкретная диссоциированная часть формируется на основе особой конфигурации систем действий. Однако функционирование диссоциированной части мо-

жет быть ограничено рамками какой-то одной подсистемы или даже образа действия, и это еще больше сужает возможности вариативности и гибкости данной части личности при достижении адаптации. Следствием жесткой связи между диссоциативной частью и определенными системами или подсистемами действий будет искажение оценки внешней ситуации и неадекватный выбор способа совладания, так как цели и задачи определенной системы (или подсистемы), а также круг значимых для нее стимулов будет накладывать отпечаток на восприятие и поле сознания данной диссоциативной части личности.

Например, при доминирующей ВНЛ Мариам постоянно боялась потерять своего ребенка и слишком опекала его. Когда она бывала с сыном в супермаркете, она не могла сосредоточиться на покупках, потому что все ее внимание было сконцентрировано на ребенке. В каждом человеке, который приближался к ним, она видела угрозу, хватала сына за руку и удерживала его рядом с собой, хотя мальчику было уже девять лет и он ужасно смущался таким поведением мамы. Она была охвачена единственным желанием защитить ребенка любой ценой.

Следует отметить, что большинство тенденций к действию не являются специфичными для той или иной системы действий или ее компонентов. Тенденции к действию могут быть трансформированы и «подключены» в зависимости от цели, на достижение которой они направлены. Например, разные системы для достижения каких-то конкретных своих целей могут использовать бег. Так, например, человек может убегать в поисках безопасного места (защита), состязаться в беге, стремясь первым пересечь финишную черту (игра), бежать к любимому человеку (привязанность). Также и сексуальное поведение может быть направлено на решение разных задач – приятное времяпрепровождение, удовольствие, произведение потомства, близость. В некоторых ситуациях секс может использоваться как защита от угрозы (подчинение насильнику для того, чтобы сохранить жизнь) или как средство в «меновой торговле» (секс в обмен на удовлетворение таких базовых потребностей, как еда, кров, забота). Секс может также использоваться как замещающая тенденция к действию при избегании травматических чувств или воспоминаний.

В случае диссоциации это означает, что одна и та же тенденция к действию может использоваться для достижения разных, порой противоречивых целей диссоциативных частей. Так, для ВНЛ бег может быть разновидностью спортивных занятий, а для АЛ бег представляет собой только лишь средство ухода от опасности. Для ВНЛ секс может доставлять удовольствие и связываться с подлинной близостью, а для АЛ – с принуждением и страхом. В подобных случаях возникает риск, что действия ВНЛ (например, бег, секс) могут реактивировать травматические воспоминания АЛ и связанные с ними действия (бегство от опасности или полное подчинение в сексуальных отношениях, так как прежде это помогало избежать физического насилия), что может оказаться дезадаптивным в ситуации повседневной жизни.

Диссоциативное разделение систем действий

При травматической структурной диссоциации личности нарушается взаимная координация и связь систем действий. В норме между системами действий не существует ни полной обособленности, ни полного взаимопроникновения, так как это привело бы, соответственно, либо к полной ригидности, либо к хаосу (Siegel, 1999). Активность систем действий может разворачиваться только во взаимодействии друг с другом, при этом в данный конкретный промежуток времени одна из систем занимает доминирующее положение с тем, чтобы при изменившихся обстоятельствах уступить его другой системе. Таким образом, нормальное функционирование психики предполагает существование границ между системами. В данном контексте к границам между системами мы относим, например, фильтры восприятия стимулов, степени реципрокного торможения систем (привязанность и защита оказывают друг на друга взаимное тормозящее влияние). Однако при структурной диссоциации границы между системами становятся слишком жесткими и непроницаемыми. Активность диссоциативных частей личности ограничена рамками, заданными констелляцией систем (или подсистем), которыми опосредована та или иная часть личности. Так, для диссоциативной части, активность которой опосредована главным образом системами защиты, близкие отношения с другим человеком (система социального взаимодействия) окажется непомерной задачей, так как цели, на которые направлены действия этих систем, часто оказываются несовместимыми. Кроме того, восприятие стимулов части личности, связанной с защитой, проходит через фильтр, пропускающий только ту информацию, которая оказывается релевантной угрозе, отсекая при этом остальную часть информационного потока, в том числе ту, что относится к возможности получения благ.

При первичной структурной диссоциации разделение личности происходит чаще всего между двумя основными категориями систем действий, относящихся, соответственно, к решению задач повседневной жизни и защиты. В некоторых случаях более сложных форм диссоциации, связанных с хронической травматизацией в детском возрасте, существуют веские причины, по которым две эти системы присутствуют одновременно в разных частях личности, при этом совместная активность этих систем в рамках одной части личности оказывает негативное влияние на адаптацию.

Системы действий, опосредующие ВНЛ

Системы действия, обеспечивающие функционирование в повседневной жизни, обычно принадлежат ВНЛ. Эти системы регулируют деятельность, направленную на приближение к привлекательным стимулам, в том числе при отсроченном или косвенном удовлетворении. Данные системы регулируют следующие виды деятельности: познание мира (в том числе работу и учебу), игру, управление энергетическими ресурсами (сон и питание), привязанность, рожде-

ние потомства/сексуальность и заботу – особенно воспитание детей (Cassidy, 1999; Panksepp, 1998). Развитие и созревание всех остальных систем действий происходит в контексте отношений привязанности. Поэтому последствием нарушения привязанности в раннем возрасте может стать последующая дезадаптация в самых разных областях жизни. Именно благодаря отношениям привязанности индивид учится регулировать эмоции и физиологическую активность, что создает условия для базисной стабильности как во внутреннем плане, так и в отношениях с другими людьми.

Конечно, адаптивное функционирование в повседневной жизни требует навыков по распознанию признаков возможной физической опасности. Однако и в других областях, таких как сферы социального и межличностного взаимодействия, наш внутренний мир, могут действовать факторы, угрожающие целостности нашего я. Решая задачи адаптации, мы стоим перед необходимостью распознавать эти угрозы и справляться с ними. Выполнение этих защитных функций возлагается на ВНЛ. Однако психическая травма может повлечь за собой усиление и закрепление защитных маневров ВНЛ.

Социальная защита. Социальные контакты и отношения с другими людьми могут принести боль разлуки, отвержения или одиночества. Эта боль может стать невыносимой для тех, у кого отсутствует опыт надежной привязанности и безопасности в социальной ситуации из-за того, что в детстве им пришлось пережить пролонгированную психическую травму хронического насилия. Постоянное ожидание катастрофы, которым сопровождается общение с другими людьми, может стать одной из главных причин развития фобий привязанности и других паттернов социального взаимодействия, проявляющихся в особых защитных маневрах системы действий, отвечающей за социальное взаимодействие. В ситуациях, когда значимый другой или социальная группа отвергает индивида, проявляет к нему враждебность или отсутствует по необъяснимым причинам, во внутреннем мире человека, пережившего психическую травму, активируется последовательность внутренних действий, призванных защитить его от чувства брошенности и отвержения (Gilbert & Gerlsma, 1999; Sloman & Gilbert, 2000). К этим внутренним действиям относятся как общая регуляция субъективно воспринимаемой дистанции и близости в отношениях, так и особые реакции на то, что может происходить при общении с другими людьми и быть истолковано как угроза.

Тенденции к действию социальной защиты связаны с физическими действиями защитного характера и, вероятно, развились из этих тенденций (Gilbert, 1989, 2001). Многие тенденции к действию социальной защиты связаны с психофизиологическими состояниями, подобными тем, что характерны для тенденций защитных действий на физическом уровне: повышенная бдительность, бегство, борьба, оцепенение, подчинение. Например, действия, сопровождающие переживания чувств стыда и вины, такие как отвод взгляда и желание исчезнуть, скрыться буквально или эмоционально, обладают схожими ментальными и поведенческими характеристиками с подчинением и бегством.

Утаивание своего истинного *я* и своих подлинных чувств может быть связано с ранними формами маскировки, которые развивались параллельно со становлением самосознания и потребности в социальном принятии. Открытое переживание таких сильных отрицательных эмоций, как чрезмерная ревность, тревога или ярость, может негативно сказаться на отношении к индивиду со стороны других людей, поэтому внешние проявления сильных эмоций должны быть изменены или устранены. Отрицание представляет собой способ избегания негативных стимулов и защиты от них (например, от осознания того, что партнер проявляет эмоциональную жестокость). Отрицание служит усилению фобий, связанных с травмой.

Социальное подчинение, вероятно, связано с физической защитой полного подчинения. Так, мы можем встретить проявления социального подчинения, которые важны для субъекта как средство выживания: у ребенка в его стремлении ублажить и успокоить заботящегося о нем взрослого, который время от времени становится жестоким по отношению к нему, а также у взрослого пациента, когда-то пережившего психическую травму, в его желании угодить своему терапевту. Таким образом, к системам действий, регулирующим функционирование индивида в повседневной жизни (то есть диссоциативным частям ВНЛ), относится не только стремление приблизиться к привлекательным стимулам, но и управление внешним впечатлением, которое индивид оказывает на других людей, а также иные формы социальной защиты, направленные на сохранение отношений привязанности и социального статуса (Gilbert, 2000).

Интероцептивная защита. Кроме защит, направленных на поддержание физической безопасности тела, а также самооценки и внутренней целостности при социальных контактах, существует и третий тип защит. Это защиты от интрапсихических опасностей, – *интероцептивные защиты* (Goldstein & Chambless, 1978). Интероцептивные защиты активируются в ответ на страхи, связанные с теми или иными ментальными действиями. Как отмечалось во введении, в литературе, посвященной психодинамическому подходу, они известны как механизмы психической защиты, к которым относятся, например, расщепление, проекция. Они не только защищают от непереносимых эмоций, мыслей, фантазий, но также действуют как защиты в контексте социального взаимодействия, помогая справиться с тревогой утраты привязанности и социального статуса.

Таким образом, ВНЛ избегает или совершает маневры дистанцирования в отношении вторгающихся травматических воспоминаний, принадлежащих АЛ, вызывающих тревогу мыслей и фантазий, а также чувств и ощущений, относящихся к травматическому опыту. Можно сказать, что эти интероцептивные защитные маневры являются проявлениями фобий травматических воспоминаний и ментальных действий, связанных с травмой. Как и социальные, интероцептивные защиты, вероятно, произошли от базовых физических защит, таких как бегство, которому, например, можно уподобить отрицание, расщепление, подавление, мотивированное забывание и полное подчинение

(сужение и понижение сознания). Эти ментальные действия поддерживают и углубляют структурную диссоциацию. Подводя итог вышесказанному, можно сказать, что активность ВНЛ опосредована главным образом системами действий, ориентированными на повседневную жизнь, а также системами, отвечающими за защитные маневры на интрапсихическом уровне и при социальном/межличностном взаимодействии. Мы считаем, что системы, которые осуществляют данные защитные маневры, представляют собой усовершенствованные в процессе филогенеза базовые системы, связанные с защитой организма на физическом уровне.

Системы действий, опосредующие АЛ

При первичной структурной диссоциации поведенческая система *физической* защиты (см., например: Fanselow & Lester, 1988; Misslin, 2003) преимущественно находится в ведении АЛ и опирается на несколько подсистем, которым необходимо уделить внимание. Во-первых, это сепарационный крик (separation cry), восходящий к вокализации детенышей млекопитающих как реакции на сепарацию от родителя. При помощи этого крика осуществляется попытка преодолеть сепарацию и обрести привязанность, поэтому мы называем его *криком привязанности* (*attachment cry*). С другими защитными подсистемами связаны такие виды активности и состояния, как повышенная бдительность, тщательное обследование окружающей среды, бегство, оцепенение и анальгезия, полное подчинение и анестезия, состояния покоя, восстанавливающее силы, уход за раной, изоляция от группы, постепенное возвращение к повседневной жизни (то есть активация систем действий, направленных на повседневную жизнь) (Fanselow & Lester, 1988; Nijenhuis, 2004). АЛ обычно жестко связана с одной или несколькими подсистемами физической защиты.

Ряд авторов, наблюдая сходство защитных реакций на стресс у людей и многих других млекопитающих, связали его с эволюционными параллелизмом (например: Rivers, 1920). В других работах были прослежены связи между паттернами защитных реакций млекопитающих и такими физическими проявлениями диссоциации, как нечувствительность к боли (анальгезия), анестезия, моторное торможение, моторный паралич (Nijenhuis, Vanderlinden & Spinhoven, 1998; Nijenhuis, Spinhoven & Vanderlinden, 1998; Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden et al., 1998; Waller et al., 2000).

Каждая защитная подсистема контролирует паттерн психобиологических реакций, ориентированный на определенный уровень опасности, в частности, ее близость (Fanselow & Lester, 1988). Оценка уровеня опасности может быть выражена через временные и пространственные параметры дистанции, отделяющей индивида и фактор угрозы (то есть дистанцию между преступником и жертвой), а также через оценку защитных возможностей человека (психосоциальное воздействие и физические возможности). Однако, если источником постоянной угрозы является родитель, который всегда находится рядом с ребенком, то активация защитных систем будет происходить одно-

временно с активацией систем действий, направленных на решение задач повседневной жизни.

Упреждающая защита связана с тревожным состоянием повышенного возбуждения. Она активируется в ситуации потенциальной опасности, например, когда человек оказывается один в незнакомом месте. В подобной ситуации индивид мгновенно прекращает поведение, связанное с обычными делами (происходит деактивация систем, направленных на повседневную жизнь), и концентрируется на тех стимулах, которые он оценивает как возможную угрозу. В этот момент может появиться чувство надвигающейся опасности от неопределенного источника. Если далее происходит распознавание какого-то конкретного стимула как угрожающего, то индивид демонстрирует стартовую реакцию (рефлекс четверохолмия). Для осуществления защитных действий *после воздействия фактора угрозы* используются подсистемы: (1) бегства и (2) замирания и анальгезии. Борьба является защитным действием (возможно, последним способом избежать атаки агрессора) в момент, непосредственно предшествующий нападению. К *защитным действиям после нападения относятся* полное подчинение и анестезия. После завершения нападения активируются подсистемы восстановления. Благодаря этим подсистемам индивид вновь обретает способность понимать свои чувства и эмоции, к нему возвращаются телесные ощущения, такие как боль, что обращает внимание индивида на необходимость позаботиться о полученных ранах и восстановить свои силы, разорвав контакты с другими людьми и погрузившись в сон. По завершении этого процесса активируются системы повседневной жизни, связанные с питанием, сексуальностью, заботой о других, привязанностью.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВОСПОМИНАНИЯ И АВТОБИОГРАФИЧЕСКАЯ НАРРАТИВНАЯ ПАМЯТЬ

Травматический опыт сохраняется в памяти жертвы травмы и как травматические воспоминания и как автобиографические нарративны (Janet, 1928a; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Система автобиографических нарративных воспоминаний составляет нашу личную историю. Элементы автобиографической памяти могут быть облечены в символическую, вербальную персонализированную форму. Травматический опыт можно представить как переплетение элементов травматических воспоминаний и нарративов. Например, среди травматических воспоминаний АЛ могут встречаться и некоторые вербальные нарративные воспоминания, которые воспроизводятся не в виде повторного проживания травматического опыта, но как обычные автобиографические воспоминания.

Личности пережившего травму человека присущи разрывы и утрата непрерывности, поскольку травматический опыт не может быть полностью интегрирован как часть личной истории человека. При доминировании АЛ воспоминания о травматическом событии являются очень яркими и детали-

зированными, тогда как воспоминания ВНЛ о пережитой травме довольно скудны (ср.: Breuer & Freud, 1893–1895/1955b; Janet, 1889, 1904/1983b). Травматические и автобиографические, нарративные воспоминания различаются между собой качественно. Как правило, интеграция и сохранение автобиографических воспоминаний осуществляется ВНЛ, тогда как травматические воспоминания размещаются в АЛ. ВНЛ индивида, пережившего травму, обычно обладает обширными автобиографическими воспоминаниями, однако в отношении травматического опыта (или его части) эта система автобиографических воспоминаний может содержать лакуны. При этом травматические воспоминания в той мере, насколько они доступны для воспроизведения ВНЛ, могут быть в значительной степени деперсонализированы. Поэтому даже в том случае, когда ВНЛ, может вспомнить практически столько же, сколько и АЛ, все же у ВНЛ воспоминания о травматическом событии не будут сопровождаться яркими проявлениями аффекта и физиологических реакций, кроме того, эти воспоминания будут носить обезличенный характер, как будто вспоминается что-то, что происходило с кем-то другим. Что касается АЛ, то для этой диссоциативной части личности воспроизведение травматических воспоминаний сопровождается сильными переживаниями; воспоминания о травме являются для АЛ «слишком реальными» (Heim & Buhler, 2003; Janet, 1928a, 1932a; Van der Hart & Steele, 1997). Такие воспоминания, конечно же, вряд ли можно отнести к разряду нормальных.

Клиницисты давно уже заметили фундаментальные различия между травматическими и нарративными автобиографическими воспоминаниями (например: Breuer & Freud, 1893–1895/1955b; Janet, 1889, 1898a, 1928a; Myers, 1940; Roussy & Lhermitte, 1917; Van der Hart & Op den Velde, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Данные эмпирических исследований подтверждают эти наблюдения (например: Brett & Ostroff, 1985; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Cameron, 2000; Kardiner, 1941; Nijenhuis, Van Engen, Kusters & Van der Hart, 2001; Van der Hart, Bolt & Van der Kolk, 2005; Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk, Hopper & Osterman, 2001). Чрезвычайно важно понимать природу травматических воспоминаний, поскольку успешное лечение независимо от использующихся техник ориентировано на символизацию травматических воспоминаний и создание нарратива на их основе. Решение этой задачи требует достаточной степени интеграции ВНЛ и АЛ.

Шарлотта Делбо (Charlotte Delbo, 1985), бывшая узница Освенцима, приводит описание своего субъективного опыта переживания различий между обезличенной памятью ВНЛ и травматическими воспоминаниями АЛ. Она страдала от повторяющихся ночных кошмаров, в которых АЛ снова и снова проживала травматическое событие:

> В этих снах я вижу себя снова, *себя,* да, *себя,* какой я себя помню в то время: едва способной стоять… дрожащей от холода, грязной, истощенной, страдающей от невыносимой боли, той самой боли, которая меня терзала

> там и которую я снова физически ощущаю, я снова чувствую ее во всем теле, которое все превращается в сгусток боли, и я чувствую, как смерть охватывает меня, я чувствую, как умираю (p. 13).

После пробуждения, ее ВНЛ прилагала все усилия, чтобы воссоздать эмоциональную дистанцию между ней и АЛ:

> К счастью, в своем кошмаре я кричу. Этот крик будит меня и мое *я* [ВНЛ] всплывает из глубин кошмара обессиленным. Проходят дни, прежде чем все возвращается к нормальной жизни, пока память «наполняется» воспоминаниями об обычной жизни и разрыв ткани памяти затягивается. Я снова становлюсь собой, той, которую вы знаете [ВНЛ], и могу говорить об Освенциме без тени эмоции или страдания… Мне кажется, что та, что была в лагере [АЛ], – не я, не тот человек, который сидит здесь напротив вас [ВНЛ]… И все, что произошло с той другой, той в Освенциме [АЛ], не имеет ко мне никакого отношения, не касается меня, настолько отделены друг от друга глубинная [травматическая] и обычная память (p. 13–14).

Свойства автобиографической нарративной памяти

Автобиографический нарратив предполагает чувство личной причастности в отношении воспоминаний и событий в них запечатленных – это верно и для ВНЛ, и для АЛ. Нарративная, или эпизодическая, память (Tulving, 2002) описывается как «функция проживающей свою жизнь личности» (Schachtel, 1947, p. 3). Она обеспечивает связность нашей личности во времени и жизненном пространстве.

Нарративные воспоминания имеют характерные особенности (Janet, 1928a; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). К их числу относятся произвольное воспроизведение, относительная независимость воспроизведения этих воспоминаний от ситуативных стимулов. Нарративные воспоминания допускают некоторую степень вариативности и могут быть приспособлены для восприятия конкретной аудиторией. Так, рассказ о случае из личной жизни будет звучать очень по-разному в беседе со случайными знакомыми на вечеринке и в откровенном разговоре наедине с близким другом. Время от времени воспоминания переоцениваются с точки зрения нового опыта. Нарративные воспоминания являются вербальными, время в них сжато, то есть длительное событие может быть пересказано за короткое время. Это больше похоже не на видеозапись события, а на его реконструкцию, представленную в сжатой и символической форме. Например, у женщины могут быть ясные воспоминания о родах, но рассказывая о них, она не переживает вновь мгновение за мгновением все, что происходило с ней в это время, она также не испытывает при этом физической боли. Ее рассказ может уложиться в несколько минут. Некоторые ВНЛ жестко придерживаются одного определенного способа рассказа о себе и не могут от него отклониться. Это могут быть, например,

слишком обобщенные воспоминания, рассказы могут содержать лакуны относительно конкретных тем и событий, нарративы могут отличаться необычными словоупотреблением и последовательностью, а также причудливым использованием местоимений. Такие ВНЛ могут говорить об ужасающих событиях обезличенно, без тени эмоции.

Нарративная память имеет социальные и коммуникативные функции. Она объединяет людей, позволяет узнать друг друга, лучше понять самого себя. Причиной социальной изоляции и недостатка самоосознания ВНЛ отчасти может быть отсутствие у нее слов для создания нарратива о психотравмирующем переживании, так как этот опыт по большей части распределен среди АЛ как травматические воспоминания.

Жане (Janet 1919/1925) отмечал, что автобиографическая «память, как и все психологические феномены, является действием, и это, в первую очередь, действие изложения истории» (p. 661). Создание автобиографических воспоминаний осуществляется благодаря двум типам ментальных действий (Janet, 1928a): 1) восприятие, ментальных и поведенческих действий во время исходного события, кодирование и сохранение этой информации и 2) параллельный процесс создания рассказа о происшедшем. Благодаря этим ментальным действиям формируются воспоминания о событии и происходит его осмысление: «Произошли такие-то события, я думаю о случившемся, переживаю это так-то, это имеет такой-то смысл для меня и так-то влияет на то, как я себя веду». Оба этих действия в той или иной степени разворачиваются в психике, когда мы обращаемся к нашим личным воспоминаниям.

Особенности травматических воспоминаний

Травматические воспоминания, характерные прежде всего для АЛ, существенно отличаются от нарративных. Это галлюцинаторные*, изолированные, непроизвольные переживания, включающие зрительные образы, ощущения, физические действия, которые могут полностью завладевать перцептивным полем и которые приносят с собой мучительные переживания (Janet, 1928a; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Хотя травматические воспоминания переживаются как повторное проживание травматических событий, все же они не являются их точной копией, а скорее их репрезентацией.

АЛ индивида, пережившего психическую травму, не способна создать цельный личностно окрашенный рассказ о том, что произошло когда-то, поэтому не может поделиться пережитым с другим человеком, пользуясь вербальными средствами. Воспроизведение травматических воспоминаний можно уподобить застреванию в травматическом опыте, когда индивид, не рассказывает о пережитом ужасе, но заново проживает потрясшее его событие. Травмати-

* В данном случае имеется в виду то, что у травматических воспоминаний о событии, оставшемся в прошлом, отсутствует качество «прошлое». Воспроизведение образов, чувств и мыслей, принадлежащих травматическим воспоминаниям, сопровождается субъективным ощущением «настоящего». – *Прим. науч. ред.*

ческие воспоминания в большей степени являются сенсомоторными и аффективными феноменами, чем «историями» (например: Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

В субъективном мире индивида они находятся вне временного измерения, являются неизменными (Modell, 1990; Spiegel, Frischholz & Spira, 1993; Van der Hart & Steele, 1997). И хотя травматические воспоминания имеют поведенческую составляющую, они, в первую очередь, являются – в соответствии с представлениями Жане о процессах памяти – ментальными действиями. Впрочем, эти действия отличны по своей природе от абстрактных вербальных ментальных действий нарративной памяти, в частности, тем, что они остаются незавершенными. Согласно наблюдениям Жане (1919/1925), переживший травму человек (при доминировании АЛ) «продолжает действие, или, скорее, попытку действия, которое было начато во время травматического события, и истощает себя бесконечным повторением» (p. 663).

Например, Джордж С., жертва Холокоста, напрочь утрачивает связь с внешней реальностью, в которой ничто не угрожает его жизни, и в своих ночных кошмарах снова и снова вступает в бой с фашистами (Langer, 1999). Испуганный ребенок (доминирующая АЛ жертвы инцеста) впадает в оцепенение каждый раз, когда, находясь в своей кровати, слышит (или кажется, что слышит) звук шагов, которые напоминают о том, как когда-то отец приближался к ее комнате. Для АЛ этой пациентки как бы отсутствует контекст реальной ситуации: то, что она является взрослой женщиной, а отца давно нет в живых и, соответственно, ужас инцеста никогда больше не повторится в ее жизни. При реактивации травматических воспоминаний доступ к другим воспоминаниям оказывается в большей или меньшей степени блокирован. АЛ часто не осознает многих (а иногда всех) аспектов реальной ситуации в настоящем, кроме того, АЛ не всегда обладает доступом к навыкам и знаниям, имеющимся в распоряжении ВНЛ (Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

Опыт показывает, что многие травматические воспоминания точны и могут быть подтверждены. Однако есть и другие данные, согласно которым травматические воспоминания должны рассматриваться тем не менее скорее как реконструкция, а не как точная копия, что в общем-то верно для *всех* воспоминаний. Например, при повторном проживании каких-то аспектов травматической ситуации при воспроизведении травматического воспоминания индивид в своем поведении учитывает в той или иной степени актуальные социальные и средовые обстоятельства, откуда следует, что травматические воспоминания не являются только лишь точными копиями травматического события. Когда во время терапевтической сессии пациент впадает в оцепенение, то его поза соответствует формам кресла, в котором он сидит, а в том случае, когда пациент находится во власти реакции борьбы, он набрасывается не на терапевта, а атакует подушку.

Иногда травматические воспоминания могут смешиваться с фантазиями и снами, связанными с травматическим опытом. Шарко (1889) принадлежит

описание случая, ставшее классическим. Его пациент ЛеЛог был сбит фургоном и потерял сознание. Очнувшись, он обнаружил, что у него парализовало всю нижнюю часть тела. Обследование, однако, не обнаружило каких-либо неврологических нарушений. Через некоторое время после происшествия ЛеЛог смог рассказать о своих сновидениях и фантазиях о том, как он оказался под колесами фургона, а также о мысли, которая появилась в его голове за мгновение до того, как он потерял сознание, и которая сопровождалась переживанием сильного страха: «Что же теперь со мной будет?!» – что и стало причиной паралича.

Пациенты могут иногда рассказывать о травматических событиях, которые на самом деле с ними не происходили. Ван дер Харт и Ван дер Вельден (Van der Hart and Van der Velden, 1995) приводят случай женщины, страдавшей от ночных кошмаров, в которых она подвергалась пыткам в нацистском лагере. Она никогда не была в лагере, но слышала леденящие кровь истории от своей матери, пережившей весь этот ужас. В некоторых случаях у пациента нет уверенности в том, произошли ли события с ним или с кем-то другим. Так, Джо рассказывал о жестоком физическом насилии в детском и подростковом возрасте, однако он не мог вспомнить точно, происходило ли это с ним или с его братом.

Автоматическая реактивация травматических воспоминаний. Травматические воспоминания реактивируются автоматически определенными стимулами, которые называют *триггерами,* (*пусковыми*) *реактивирующими стимулами, условными стимулами* (см. главы 9 и 10). В качестве таких стимулов могут выступать: 1) различные сенсорные впечатления; 2) события, связанные с определенной датой (например, годовщины); 3) повседневные события; 4) события во время терапевтического сеанса; 5) эмоции; 6) физиологические состояния (например, повышенная возбудимость); 7) стимулы, вызывающие воспоминания о запугиваниях со стороны насильника; 8) травматические переживания в настоящем (Morgan, Hill et al., 1999; Van der Hart & Friedman, 1992). Терапевтам хорошо известна реактивация травматических воспоминаний в ответ на совершенно безобидную с виду фразу. У Глэнды началась реактивация травматического опыта, когда терапевт сказал: «Давайте попробуем быть открытыми друг с другом, насколько это возможно». Простое слово «открытый» вызвало в памяти пациентки требование насильника: «Раздвинь ноги, сука». При такой реактивации пациент часто не способен регулировать вторжение АЛ с ее травматическими переживаниями.

Патогенное ядро. Не все части травматического опыта в одинаковой степени дезорганизуют функционирование и являются непереносимыми. Наиболее пугающие элементы травматического опыта мы назвали *патогенными ядрами,* а соответствующие им когнитивные структуры– *патогенными ядерными убеждениями* (Van der Hart & Op den Velde, 1995). Бревин с соавт. (Brewin, 2001, 2003; Grey, Holmes & Brewin, 2001) назвали их *горячими точками.* Эти когнитивные структуры, или убеждения, являются элементами чрезвычайно

пугающего, невыносимого переживания и очень плохо поддаются обычным когнитивным терапевтическим интервенциям.

В начале терапии пациенты, страдающие от последствий психической травмы, крайне неохотно говорят о переживаниях, связанных с патогенными ядрами, из-за сильных негативных эмоций. А в некоторых случаях они просто не могут этого сделать, так как эти элементы травматического опыта скрыты за барьерами амнезии. Соня, 22-летняя девушка, проходила терапию по поводу симптомов ПТСР, связанных с изнасилованием в 15 лет. Когда проработка травматических воспоминаний была завершена, она стала тревожиться еще больше. В конце концов, Соня вспомнила особенно пугающий момент, который раньше не могла воспроизвести: насильник приставил нож к ее горлу, и она была уверена, что он хочет убить ее. Когда данное патогенное ядро было интегрировано, тревожность снизилась, а структурная диссоциация разрешилась интеграцией ВНЛ и АЛ.

РЕЗЮМЕ

Структурная диссоциация происходит, когда индивид оказывается перед лицом событий, требования адаптации к которым превышают его ресурсы, а его психический уровень оказывается недостаточным. В этом состоянии человек переживает чрезвычайно сильные эмоции (гипервозбуждение), а также состояния гиповозбуждения, что существенно усиливает тенденции к дезинтеграции. Исследование конкретного травматического опыта индивида помогает понять причины уязвимости индивида и факторы, негативно влияющие на его интегративную способность. Жестокое обращение и пренебрежение в детском возрасте являются важными факторами развития травматических расстройств у взрослых после переживания ситуаций крайнего стресса. Ранняя травматизация является основным фактором риска хронификации тяжелой симптоматики. Травматизация в детском возрасте играет ведущую роль в развитии травматических расстройств у детей и у взрослых.

ГЛАВА 2

Первичная структурная диссоциация

Прототипы внешне нормальной и аффективной частей личности

Кем было мое другое я? Хотя мы и делили между собой одну личность, все же я была основным ее владельцем. Я ходила в школу, заводила друзей, приобретала опыт, развивала мою часть личности, в то время как та, другая, морально и эмоционально оставалась ребенком, полагающимся скорее на инстинкт, чем на разум.

Сильвия Фрейзер (Fraser, 1987, p. 24)

Наиболее простой формой диссоциативного разделения личности у людей, переживших травму, является первичная структурная диссоциация личности. Первичная диссоциация предполагает разделение личности на две: ВНЛ и АЛ. Чаще всего такое разделение возникает в связи с единичным травматическим событием, хотя может встречаться и у жертв жестокого обращения в детском возрасте в виде феномена «внутреннего ребенка» или так называемого «эго-состояния». Мы полагаем, что первичная диссоциация личности свойственна простым травматическим расстройствам, таким как простые формы ПТСР, некоторые «конверсионные расстройства» и некоторые диагнозы диссоциативных расстройств движения и ощущений по МКБ-10.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ВНЕШНЕ НОРМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЛИЧНОСТИ

При первичной структурной диссоциации ВНЛ является «основным владельцем» личности (Fraser, 1987). ВНЛ принадлежат все элементы личностной системы за исключением того сегмента, который поступает в ведение другой диссоциативной части – АЛ. Сфера АЛ при первичной структурной диссоциации характеризуется гораздо меньшим объемом, чем при более сложных уровнях диссоциации, который зависит от доли травматических переживаний, не интегрированных в ВНЛ.

Психическая эффективность ВНЛ

ВНЛ в чем-то схожа с личностью до травмы, но чем-то и отличается от нее. Один из факторов, определяющий степень различия, связан с психической эффективностью и как следствие с психическим уровнем. Психическая эффективность ВНЛ обычно выше, чем АЛ, но ниже того уровня, который был достигнут индивидом до травматизации, поскольку незавершенные действия, связанные с травмой, снижают психическую эффективность. Это происходит из-за того, что трудности с интеграцией АЛ и связанных с ней травматических воспоминаний способствуют незавершенности некоторых психических тенденций к действию (см главу 9). Кроме того, может варьировать и уровень адаптивного функционирования ВНЛ. Психическая эффективность ВНЛ индивида, пережившего травму, может оказаться слишком низкой для согласования активности тех или иных систем действий и их компонентов. Чем ниже эта эффективность, тем больше вероятность того, что индивид прибегнет к замещающим действиям вместо того, чтобы активировать тенденции, которые требуют высокого уровня психической эффективности.

При доминировании ВНЛ пациент и сознательно, и неосознанно избегает стимулы, связанные с травматическими воспоминаниями (то есть ВНЛ проявляет фобию в отношении травматических воспоминаний и связанных с ними стимулов; см. главу 10). Такое фобическое избегание служит сохранению или усилению амнезии, анестезии и блокирования эмоциональных реакций. Оно не является самоцелью, скорее помогает ВНЛ включаться в повседневную жизнь, отбрасывая то, что трудно интегрировать. Однако психическое избегание влияет на способность ВНЛ организовывать, координировать и использовать те тенденции к действию, которые принадлежат области АЛ.

Некоторые люди, пережившие травму, могут годами относительно нормально функционировать как ВНЛ, тогда как их АЛ остается неактивной или находится в латентном состоянии. Порой они демонстрируют относительно высокий уровень психической эффективности, за исключением того, что они не способны интегрировать травматический опыт. Такие ВНЛ обладают сильно развитой способностью тормозить активность АЛ. По всей видимости, они обладают достаточными навыками, энергией и возможностями для того, чтобы избегать некоторых стимулов, напоминающих о неинтегрированном опыте, а также тормозить эмоциональные реакции на те стимулы, от которых не удается уклониться.

Однако не все люди, пострадавшие от психической травмы, могут удерживаться на таком уровне функционирования (Janet, 1909a; Tichener, 1986) В этих случаях АЛ является источником постоянных вторжений травматического опыта в ВНЛ, а также доминирует в сфере сознания индивида, нарушая таким образом функционирование ВНЛ в целом. Состояние некоторых индивидов, пострадавших от психической травмы, может варьировать в рамках континуума декомпенсации (Wang et al., 1996), оставаясь иногда в рамках

нормативных колебаний психической эффективности. Жане (1904/1983b) отмечал, что многие пострадавшие от психической травмы теряют «способность ассимилировать новый опыт… как будто бы их личность в определенный момент времени замерла и уже больше не в состоянии развиваться, вбирая в себя или ассимилируя новые элементы» (р. 532). Поэтому все части личности индивида, страдающего от последствий психической травмы, ограничены в их способности учиться на опыте и решать задачи адаптации.

Основной проблемой, стоящей перед ВНЛ при первичной диссоциации личности, является интеграция тенденций к действию, которые находятся в ведении всех систем действий, направленных на функционирование в повседневной жизни. В данном случае речь может идти либо об интеграции разных тенденций (двух или более) между собой, либо об интеграции какой-то одной тенденции к действию, которая принадлежит разным системам (например, бег может быть элементом защитных действий, игры или отношений привязанности). Когда та или иная тенденция оказывается соединенной ассоциативной связью с травматическими воспоминаниями, она может стать нежелательной для всех систем действия, в которые она включена, и будет избегаться ими, так как напоминает о травматическом опыте и может активировать АЛ.

> Почти потеряв сознание от удушья, Хильда пыталась убрать со своей шеи руки душившего ее мужчины. Впоследствии она стала избегать движений руками в области шеи, поэтому у нее возникали проблемы, когда ей нужно было помыть шею, надеть бусы или шарф. Простое безобидное действие – поднести руки к своей шее – стало для нее невозможным, вызывающим необъяснимый страх. Именно так «скомпрометировавшие» себя тенденции к действию могут влиять на функционирование индивида в рамках нескольких систем действий.

Некоторые действия повседневной жизни предполагают интеграцию ряда низкоуровневых тенденций, принадлежащих разным системам. Например, обед в компании требует больше усилий, активации большего числа навыков, чем принятие пищи в одиночестве. Когда мы находимся в обществе друзей или знакомых за столиком кафе, мы должны интегрировать действия, относящиеся к разным системам: регуляции энергии, социального взаимодействия и игры. Более простые ситуации повседневной жизни требуют от нас активации относительно автоматизированных и простых тенденций к действию. Однако для адаптации к другим ситуациям, например, к жизни в сложной социальной среде, необходимо осуществлять сложные операции в сферах восприятия, чувствования, мышления и поведения. Эти сложные тенденции к действию невозможны без творческой интеграции разных тенденций и элементов систем более низкого уровня (Cosmides & Tooby, 1992; Hurley, 1998). Осуществление сложных тенденций к действию не всегда протекает в сфере обыденного осознания, иногда это совершается неосознанно, например, в актах художественного творчества. Сложные тенденции к действию помогают

адаптироваться к разнообразию условий внешнего мира, достигать перемен к лучшему в нашей жизни, расширять кругозор и самоосознание. К ним относится бесчисленное множество психических и поведенческих действий: сложные навыки в социальной, коммуникативной сфере, регуляция аффекта, умение работать с компьютером, управлять машиной, развитые способности к анализу, поиски духовного смысла и неисчислимые проявления творчества. Чем ниже уровень психической эффективности, тем в меньшей степени ВНЛ способна исполнять эти сложные интегративные задачи. Например, ВНЛ может справляться с повседневными заботами, но не находить смысла в жизни, не испытывать радость от когда-то волновавших творческих порывов. В других случаях ВНЛ индивида, пережившего травму, может адаптироваться к образу жизни, в котором задана внешняя структура и организация, однако непредвиденные перемены воспринимаются как почти неодолимые сложности и выбивают ВНЛ из колеи.

Негативная симптоматика ВНЛ

ВНЛ индивида, пережившего травму, иногда удается сохранять фасад нормальности, так как с ВНЛ преимущественно связана негативная симптоматика, то есть симптомы, в основе которых лежит *выпадение функций* вследствие диссоциации и психического избегания стимулов, воспринимаемых как опасные. Эти выпадения функций легче замаскировать и скрыть, чем позитивные симптомы. К негативным симптомам вследствие утраты функций по причине диссоциации относятся: амнезия (утрата функции воспроизведения воспоминаний); субъективное отчуждение от реальности (при сохранности функции тестирования реальности); различные формы сенсорной анестезии (такие как потеря слуха, обоняния, ощущений); блокирование эмоциональных реакций (ощущение себя бесчувственным, не способным к выражению аффилиативных чувств см. главу 5). Эти функции могут быть диссоциированы в той или иной степени от ВНЛ и, соответственно, присутствовать у АЛ, например, именно АЛ содержит воспоминания травматического опыта и связанные с ним идеи и убеждения, ощущения и аффекты.

При единичном травматическом событии низкий психический уровень ВНЛ может привести к ухудшению владения навыками или даже к их функциональной утрате, однако в основе этого может лежать не диссоциация, а поиск действий для замещения навыков высокого порядка. Например, сразу после травматического переживания ВНЛ индивид может утратить способность регуляции аффекта (скажем, навыки самоуспокоения и релаксации) или лишиться социальной поддержки, потому что отношения с другими людьми воспринимаются как опасные или становятся слишком энергозатратными.

К сложностям с эмоциональной регуляцией ВНЛ относятся и проблемы с состояниями возбуждения, такими как снижение поверхностной чувствительности к прикосновению (*гипестезия*), отключение эмоциональной и физической чувствительности, нарушения осознавания в связи с травматически-

ми событиями и отношениями. Эмоциональная нечувствительность и жизнь «на поверхности сознания» (Appelfeld, 1994, p. 18) характерны для ПТСР и других травматических расстройств и препятствуют переживанию удовольствия и радости жизни. Вот как Нэнси Рэйн описывает свой личный субъективный опыт переживания этих процессов после травмы сексуального насилия:

> Оцепенение, подобно туману, заполнило все мое внутреннее пространство эмоциональных переживаний. Притупилась не только боль, но и удовольствие. Из всех последствий изнасилования это было труднее всего воспринимать и переносить. Это была жизнь с новокаиновой блокадой сердца. Обреченная, я скользила по безжизненной и ровной как стекло поверхности того, что когда-то было моими чувствами. Я ощущала себя отрезанной от всего, а с годами даже и от воспоминаний об эмоциональной жизни, которая у меня когда-то была (Raine, 1998, p. 61).

Однако наряду с этим человек страдает от хронического гипервозбуждения, так как избегание оказывается недостаточным для того, чтобы справиться с последствиями травмы, а интеграции травматического опыта не происходит из-за низкого уровня психической эффективности. В этом случае индивид может чувствовать не оцепенение, а дисфорию, суетливость, тревогу, депрессию, вину, стыд, фрустрацию, раздражительность или гнев, которые препятствуют переживанию полноты жизни и близким отношениям с другими людьми.

> Селия, пациентка со сложным ПТСР, страдала от непрекращающейся тревоги и депрессии, она чувствовала, что не справляется со своими эмоциями и постоянно находится в состоянии стресса. Малейшие отклонения от ее ожиданий приводили к сильнейшей депрессии и чувству вины. В результате она была совершенно неспособна продолжать работу.

Чаще всего ВНЛ колеблется между гипо- и гипервозбуждением из-за нарушения способности регуляции аффекта.

Позитивные симптомы ВНЛ

Если ВНЛ не может притормаживать активность АЛ, то индивид, страдающий от последствий травмы, оказывается беззащитен перед повторяющимися вторжениями со стороны АЛ, которая переполняет ВНЛ травматическими воспоминаниями: флэш-бэками, соматосенсорными элементами травматического опыта и сновидениями, воспроизводящими травматический опыт и вызывающими дистресс. Эти явления вторжения составляют позитивную диссоциативную симптоматику (см. главу 5). Они поглощают много времени и энергии ВНЛ и могут быть очень пугающими (Engelhard & Arntz, 2005; Janet, 1904/1983b; Nijenhuis, 1994; см главу 10). Поэтому у ВНЛ усиливается стремление избегать все, что может вызвать вторжение элементов травматического опыта со стороны АЛ (например: Bucci, 2003; Clohessy & Ehlers, 1999; Nijenhuis & Van Duijl, 2001; Steele, Dorahy et al., 2009).

СВОЙСТВА «АФФЕКТИВНОЙ» ЧАСТИ ЛИЧНОСТИ

АЛ жертвы травмы фиксирована на особых тенденциях к действию, связанных с травматизацией. При первичной диссоциации личности активность АЛ часто оказывается жестко связанной с теми или иными подсистемами (физической) защиты. Однако деятельность АЛ может осуществляться и за счет других систем действий, участвовавших в травматическом переживании, таких как сексуальность.

> Ина (диагноз ПТСР) испытала сексуальное возбуждение во время изнасилования, когда насильник постоянно стимулировал ее. Как АЛ она переживала не только страх и гнев (аффекты защитной системы), но и страдала от навязчивой мастурбации (поведение, связанное с системой действий, отвечающей за сексуальность). Она ненавидела себя за это, однако ничего не могла поделать, так как навязчивая мастурбация была элементом повторного проживания травмы изнасилования. Она повторяла действия насильника снова и снова, чтобы избавиться от сексуального возбуждения как вторгающейся части травматической памяти.

Ференци, терапевт, работавший и с ветеранами военных действий и с жертвами хронического насилия в детском возрасте, описал защитные функции, на которых фиксирована АЛ. Он утверждал, что травма связана со стойким разделением личности, при котором одна диссоциативная часть становится «защитником от возможных опасностей… и ее внимание почти безраздельно направлено вовне. Защитник сосредоточен только на возможной угрозе, то есть тех объектах внешнего мира, от которых может исходить опасными (Ferenczi, 1988, p. 115).

Психическая эффективность АЛ

Психическая эффективность АЛ ниже, чем ВНЛ. АЛ, находящейся во власти травматических воспоминаний, не удается интеграция опыта повседневной жизни. Таким образом, эта часть личности остается фиксированной на прошлых травматических переживаниях и связанных с ними тенденциях к действию. Поэтому поле сознания АЛ ограничено жесткими рамками травматического опыта и ее внимание сосредоточено на возможном появлении в настоящем факторов угрозы прошлой травматической ситуации. В аффективной сфере АЛ человека, пережившего травму, часто преобладают страх, гнев, стыд, отчаяние, отвращение, при этом у АЛ может отсутствовать осознание того, что травматическое событие осталось в прошлом. Таким образом, для этой части личности настоящее предстает как неинтегрированное прошлое: АЛ не способна адаптироваться к настоящему без помощи ВНЛ.

АЛ, как правило, концентрирует внимание на утрате привязанности и источниках актуальной и потенциальной физической опасности (например: Christianson, 1992; Kardiner, 1941). После того как произошла диссоциация,

тенденции защитных действий борьбы или подчинения приобретают паттерн повторной активации, так как никогда не приходят к завершению (Janet, 1919/1925). АЛ может фиксироваться на одной из подсистем (например, бегстве) какой-либо системы действий (например, защитной) или конкретном образе действия (скажем, уход от источника опасности или прятанье). Например, когда Аманда, жертва сексуального насилия, испытывала симптомы вторжения травматического опыта, связанного с эпизодом оральной пенетрации, она открывала рот и ее рвало – эти действия являлись компонентами незавершенного травматического опыта, однако были странными в нейтральном контексте ситуации настоящего. Тенденции к действию получают окончательное завершение только тогда, когда человек *осознает,* что травма осталась в прошлом (см. главу 8).

Маргарет, жертва инцеста, рассказывала, как она, будучи подростком, становилась пугливой и очень осторожной (гипербдительность) каждый раз, когда возвращалась домой; как она чувствовала оцепенение, становилась «картонной», заслышав шаги отчима, приближающиеся к ее спальне (оцепенение и утрата чувствительности), как иногда она пыталась оттолкнуть его (борьба), но в итоге отказывалась от бесполезного сопротивления, «лежала и позволяла ему сделать все, что он хотел сделать с ней» (полное подчинение). Она описывала, как часами лежала после этого, свернувшись, в кровати, отказывалась ходить в школу, есть, спала целыми днями (восстанавливающее состояние), пугалась и плакала, если мама уходила из дома (крик привязанности, призывающий к восстановлению близости). Повзрослев, она часто непроизвольно воспроизводила эти защитные тенденции, например, легко пугалась, приходила в ярость, испытывала оцепенение, не могла встать с постели, избегала социальных контактов и бесконечно звонила мужу на работу. Активность АЛ Маргарет была жестко детерминирована защитными системами действий, ее АЛ не могла привести действия, исходящие от данных систем, в соответствие с реальностью.

Позитивная симптоматика АЛ

При первичной диссоциации личности в АЛ активируются целостные репрезентации травматического опыта, тогда как для ВНЛ характерны повторные проживания фрагментов травмы в явлениях вторжения. Жане (1904/1983b, 1928a) называл такое воспроизведение целостных фрагментов памяти *reductio ad integrum* (восстановление целого). Поскольку все аспекты воспоминаний о травме взаимосвязаны, «активация одного элемента воспоминаний неизбежно влечет за собой появление следующего, и так продолжается до тех пор, пока в итоге не будет развернута вся система (травматических воспоминаний)» (Janet, 1907, p. 42).

Джоан обсуждала со своим терапевтом те трудности, с которыми она сталкивается в связи с симптомами флэш-бэк: «Каждый раз происходит одно

и то же. Я просто заново переживаю все. И я ничего не могу с этим поделать, пока это не заканчивается само». Так, АЛ продолжает повторять действия, связанные с травматическим опытом – сжиматься и цепенеть от страха, бороться и пр.

Для «эмоций» АЛ трудно найти аналог среди эмоциональных проявлений, сопровождающих обыденную жизнь индивида. Даже сильные эмоции не идут ни в какое сравнение с ураганными, шоковыми аффектами травмы. Эти эмоциональные изменения влияют и на чувство *я* АЛ. Чувство *я* этой части личности коренится в ее автобиографическом *я,* то есть связано с опытом АЛ, представленном в памяти в форме истории, рассказа. Субъективное *я,* которое проживает травматические события, отличается от *я* того, кто участвует в повседневной жизни, поэтому индивиду, пережившему травму, как правило, не удается интегрировать эти разные переживания своего *я,* которые появились в результате структурной диссоциации. При первичной диссоциации личности, как это бывает при простом ПТСР, чувство *я* АЛ обычно строго ограничено травматическим опытом. Однако в некоторых случаях АЛ, которая приобретает определенную степень автономии, становится более самостоятельной, а ее активность – более сложной.

Дэвид – пациент с простым ПТСР, вызванным участием в военных действиях. Во время повторного проживания травматического опыта, в котором воспроизводится конкретный бой, он ориентирован в настоящем, но не может адекватно реагировать на него. АЛ Дэвида, переживающая травматическое событие, не обладает собственным именем, содержание сознания этой части личности Дэвида жестко ограничено временными рамками боя, который воспроизводится в симптомах вторжения. Давид не считает эту часть своей личности отдельной «персоной», однако при флэш-бэке у него появляется чувство «как будто я наблюдаю за кем-то другим, когда это (флэшбэк) происходит».

Рэй, пациент со сложным ПТСР, связанным с жестоким обращением и пренебрежением в детстве. У него сформировалась практически автономная АЛ. Одна из его АЛ носит имя Рэймонд. Рэймонд – шестилетний мальчик, испуганный, неспособный к независимой жизни или к взрослым занятиям, таким как финансовые дела или приготовление пищи. Рэймонд может быть в контакте с окружающей обстановкой, с настоящим, когда Рэй дома, но не когда он на работе. Получив контроль за поведением, он может часами просиживать в шкафу для одежды. Маленький Рэймонд считает Рэя другим человеком, который не заботится о нем, пытается игнорировать его.

АЛ может долгое время оставаться в латентном состоянии или бездействовать, как бы погрузившись в спячку, но рано или поздно происходит ее реактивация. Это может произойти при двух условиях: когда действуют «триггеры»,

или условные стимулы, то есть переживания или события, напоминающие травму, и когда ВНЛ больше не удается сдерживать реактивацию АЛ (Brewin, 2001; Gelinas, 1983; Van der Hart & Friedman, 1992; Van der Kolk, 1994; см. главу 10). Однако бывает и так, что после реактивации АЛ не вторгается в ВНЛ, но безмолвно «наблюдает», сохраняя дистанцию между собой и ВНЛ во внутреннем мире индивида.

Реактивированная АЛ находится в состоянии физиологического гипер- или гиповозбуждения, в ней вновь оживают убеждения и оценки, появившиеся при переживании травмы (например, «я умру», «это моя вина»), она охвачена аффектами, которые когда-то сопровождали переживание травматической ситуации. АЛ также склонна к защитным действиям, таким как бегство от опасности, защита от нападения, оцепенение. Вторжение АЛ в ВНЛ может принимать форму травматических сновидений, сопровождающихся дистрессом, полного доминирования над сознанием ВНЛ, разыгрывания в действии ночью травматического события без ведома ВНЛ. Вторжение АЛ также может происходить во флэш-бэках, в виде так называемых телесных или соматических воспоминаний. Судя по нашему опыту, эти телесные воспоминания не ограничиваются ощущениями и движениями, они ассоциативно связаны с мыслями, убеждениями и оценками, чувствами и особым образом тела, который сложился у АЛ.

Негативные симптомы АЛ

Как правило, для АЛ жертвы травмы характерны позитивные диссоциативные симптомы. Исключением является АЛ, фиксированная на реакции подчинения при неотвратимой угрозе. У таких АЛ можно наблюдать существенное снижение или даже выпадение способности к переживанию и экспрессии эмоций отвержения. Для этих частей личности также характерно гиповозбуждение, эмоциональное оцепенение и утрата поверхностной чувствительности (гипестезия), снижение болевой чувствительности (гипоалгезия). Они обычно не отвечают на стимуляцию, а случаи, когда такая АЛ долгое время доминирует в поведении индивида, могут ошибочно приниматься за кататонию (что нередко случается во время сеансов терапии, когда происходит активация таких АЛ).

Взаимоотношения ВНЛ и АЛ

Диссоциативные части не полностью отделены друг от друга. Между ними существуют определенные динамические взаимоотношения, хотя и не осознающиеся индивидом. Изучение взаимных отношений между ВНЛ и АЛ является существенным для понимания теории и терапии структурной диссоциации. *Главным элементом отношений между ВНЛ и АЛ является избегание осознания, в первую очередь, осознания травматического опыта.* Взаимное неведение и избегание ВНЛ и АЛ во многом объясняются процессом научения, обусловливания, которое будет подробно обсуждаться в главе 10. Пациенты

с ПТСР обычно боятся возвращения травматических воспоминаний и других симптомов вторжения и стараются их избегать.

От ВНЛ жертв травмы часто можно услышать жалобы на то, как трудно им справляться с повседневной жизнью из-за терзающих их травматических воспоминаний, постоянного гипервозбуждения (что делает понятным их поведение избегания). Маргарет, пережившая изнасилование в подростковом возрасте, говорила об этом так:

> Когда что-то напоминает мне о том, что сделал со мной отчим, я цепенею и холодею изнутри, а мой разум просто отключается. Если я начинаю об этом думать, я больше ничего не могу делать. Просто останавливаюсь. Наверное, я трусиха, потому что не могу об этом думать. Хотя, с другой стороны, я не могу одновременно думать об этом и жить своей жизнью.

У Маргарет развилось несколько фобий, связанных с травматизацией. Она боялась сближаться с людьми, боялась своих чувств, боялась быть сексуальной. В основе этих травматических фобий лежат стратегии избегания. Подробно мы будем обсуждать это в главе 10. Основной фобией при травме является фобия травматических воспоминаний. Писатель и жертва Холокоста Аарон Аппельфельд приводит яркий пример того, как эта фобия проявлялась у него самого и у участников группы, которую он вел в после окончании Второй мировой войны. Обратите внимание на крайнее проявление отсутствия осознания:

> Как долго длилось это тяжелое забвение? С каждым годом менялись его цвета, с каждым годом затенялись разные стороны жизни. *Как только появлялся малейший намек на то, что память прошлого может появиться и овладеть нашим вниманием, мы изгоняли воспоминания, как изгоняют злых духов* (курсив авторов). Наше забвение было так глубоко, что, однажды очнувшись, мы были ошеломлены, шокированы: мы были так далеко от самих себя, как будто это не мы родились в еврейских домах, и все, что с нами произошло, было чем-то далеким и непостижимым. Мы говорили о недавнем прошлом с какой-то странной дистанции. Как будто все это произошло не с нами (Appelfeld, 1994, p. 18).

Этот пример показывает, что при недостаточной психической эффективности человек практически неспособен интегрировать мучительное прошлое, и все, что хоть как-то напоминает ему о психотравмирующем событии, вызывает у него страх и защитные маневры. Что касается ВНЛ жертвы травмы, то эта диссоциированная часть личности, используя свои ресурсы и энергию, старается восстановить и поддержать нормальную жизнь после травмы, а также избегать АЛ и связанных с ней травматических воспоминаний. Каждое вторжение элементов травматического опыта, которого ВНЛ не ожидает и не желает, только усиливает страх этой диссоциированной части личности перед травматическими воспоминаниями. Таким образом эта фобия со временем оказывает все большее и большее влияние на функционирование индивида, вследствие

чего прошлое становится для ВНЛ, по выражению Аппельфельда, все менее «реальным», «как будто все это произошло не с нами» (Appelfeld, 1994, p. 18).

Стратегии избегания ВНЛ могут в конце концов развиться до крайности, стать ригидными и неосознаваемыми (см. главу 10), внося еще больше ограничений в уже и без того обедненную жизнь, которую ведет индивид, страдающий от последствий травмы. ВНЛ распределяет свои усилия в двух направлениях: старается решать задачи повседневной жизни (системы действий повседневной жизни), а также сознательно или неосознанно избегает связанных с травмой стимулов. Например, ВНЛ может избегать отношений, которые напоминают о травме и в качестве альтернативы уйти с головой в работу, превратившись в итоге в законченного трудоголика. Как говорила Нэнси Рэйн, «Я преуспевала, и чем больше я погружалась в свои дела, тем, как мне казалось, было лучше… Я строила новую жизнь, которая помогла бы мне забыть женщину, пережившую изнасилование» (Raine, 1998, p. 175). Этот пример передает чувство огромной дистанции между преуспевающей и функционирующей на высоком уровне ВНЛ и АЛ («женщина, которую изнасиловали»).

Некоторым жертвам психической травмы удается избегать нежелательных воспоминаний на протяжении длительного времени (Anderson et al., 2004; Anderson & Green, 2001). Возможно, люди с высоким интеллектом и хорошей рабочей памятью более успешны в этом отношении (Brewin & Smart, 2005). Но, к сожалению, для многих пострадавших верно и то, что чем более избегающей является их ВНЛ, тем чаще она подвержена вторжениям травматических воспоминаний АЛ (Davies & Clark, 1998). Явления вторжения служат признаком того, что психический уровень индивида, пострадавшего от психической травмы, все еще недостаточен для успешного избегания пока еще не интегрированных травматических воспоминаний.

Стратегии избегания ВНЛ могут включать такие действия, как нанесение самоповреждений и злоупотребление психоактивными веществами, а также избегание внешних стимулов, напоминающих о травме. Физическая боль при самоповреждении, алкоголь или наркотики на время притупляют эмоциональную боль и блокируют травматические воспоминания. Однако эти формы поведения нарушают фасад нормальности ВНЛ, что вызывает желание скрыть или затушевать симптомы, указывающие на истинную силу их страданий.

Интероцептивные и социальные защиты ВНЛ – это особые стратегии избегания, являющиеся частью фобической реакции на стимулы, появляющиеся во внутреннем мире и межличностном общении. Интероцептивные (интрапсихические) защиты, такие как отрицание, отстраненность, снижение уровня сознания, становятся все более ярко выраженными и хроническими по мере того, как вновь и вновь повторяющиеся явления вторжения травматического опыта влекут за собой формирование новых ассоциативных связей между внешними стимулами и травматическими воспоминаниями АЛ (см. главу 10). Интероцептивные защиты, усложнившись и став привычными внутренними маневрами, в той или иной степени нарушают связь между

субъектом и событиями его внутренней жизни – чувствами, потребностями, общим осознанием себя. Это избегание может усложнять отношения и с другими людьми, и с самим собой. Ведь близкие отношения с другим практически невозможны без подлинного контакта с собой, и наоборот.

Психическая травма, которая произошла в контексте межличностных отношений особенно способствует тому, что у ВНЛ могут развиться не только интероцептивные, но и социальные защиты, оказывающие негативное влияние на отношения с другими людьми. Социальные защиты используют стратегии избегания привязанности и близости, открытости другому, социальных стимулов. Постоянное использование этих стратегий подрывает способность индивида выстраивать доверительные отношения, а также существенно уменьшает шансы жертвы травмы получить необходимую поддержку от других людей. Например, коммуникация личной информации будет блокирована даже в тех случаях, когда это уместно и желательно. Близкие отношения и социальные контакты будут избегаться, так как в них видят угрозу критики или повторения переживаний отвержения.

Часто ВНЛ жертв травмы избегают любых телесных ощущений и эмоций, так как они могут напомнить им о травматическом опыте. Однако чувства необходимы в нашей жизни, так как они побуждают нас искать то, в чем мы нуждаемся. Другими словами, они заставляют нас активировать ту или иную тенденцию к действию, которая, в свою очередь, принадлежит той или иной системе действий со своим набором целей, достижение которых способствует нашему выживанию и благополучию. Нередко индивиды, страдающие от последствий травмы, испытывают определенные трудности в понимании своего состояния и потребностей, им сложно оценить, устали ли они, голодны они или нет, испытывают ли они стресс, страдают ли от одиночества или чувствуют грусть. Это, в свою очередь, нарушает их поисковую активность в отношении пищи, отдыха, релаксации, общества других людей или помощи для того, чтобы справиться с болезненными аффектами. Избегание ВНЛ жертв травмы чувств, связанных с повседневной жизнью и отношениями, становится особенно выраженным, когда их собственные эмоции и другие внутренние состояния могут вызвать травматические воспоминания. В крайних проявлениях такое избегание может принимать вид утраты интереса к себе и отказа от заботы о самом себе.

У ВНЛ могут быть сильные негативные реакции на реактивацию АЛ, в том числе паника и депрессия, даже в том случае, когда активность АЛ остается за барьером амнезии.

Модай (Modai, 1994) описывал пациентку с общей амнезией на события детства до и во время Холокоста. Травматические события ее детства – утраты, свидетельство смерти других людей, одиночество маленького ребенка – оставались для ее ВНЛ скрытыми за завесой забвения. Однако при появлении шоковых эмоций, сопровождающих активацию АЛ, ВНЛ пациентки сильно страдала, становилась маниакальной, у нее появлялись суицидальные тен-

денции, при этом, однако, сохранялась амнезия на все травматические события прошлого.

Со временем ВНЛ учатся бояться, избегать, стыдиться, испытывать отвращение или жалость по отношению к своей vis-à-vis по структурной диссоциации – АЛ (см. главу 10). Для ВНЛ невыносим образ самих себя во время травматического события. При более тяжелых формах структурной диссоциации у АЛ, отличающихся более сложной организацией, также формируется избегание ВНЛ. Конфликт между целями повседневной жизни и защиты может привести к тому, что АЛ и ВНЛ могут предпринимать разнонаправленные действия в одно и то же время.

> Навязчивые действия Марии, когда она так сильно терла губы, что сдирала с них кожу и те начинали кровоточить, противоречило ее педантичным усилиям быть привлекательной. В ходе терапии выяснилось, что это повторяющееся действие принадлежало АЛ и означало попытки стереть с губ красную помаду, которой ее заставил накраситься насильник, чтобы жертва выглядела более «сексуальной». Когда терапевту во время сеанса удалось связать эти действия с контекстом реальности, Мария достала бумажный платок, провела им по своим губам и с удивлением отметила: «А ведь у меня чистые губы!» С тех пор это навязчивое действие Марии прекратилось, и она смогла полностью интегрировать АЛ с ее болезненными воспоминаниями о сексуальном насилии.

Иногда полная активация АЛ вызывает тотальную деактивацию ВНЛ, у которой впоследствии появляется амнезия на события, которые произошли после того, что принято называть *переключением* между диссоциативными частями личности. Хотя этот термин обычно упоминается в связи с тяжелыми диссоциативными расстройствами, однако переключения бывают и при простом ПТСР. Истории болезни солдат, страдавших от острого военного невроза, содержат описания множества ярких примеров таких состояний. Например, Ч. С. Майерс отмечал чередования АЛ и ВНЛ на острой стадии травматизации у ветеранов Первой мировой войны, только что поступивших с передовой:

> Нормальная личность временно бездействует. Даже если у нее сохранна способность получать впечатления от внешнего окружения, она никак не реагирует на них. Недавние эмоциональные [то есть травматические] переживания индивида берут верх и определяют его поведение: нормальная личность замещается тем, что можно назвать «аффективной» личностью. <…> Постепенно или сразу «внешне нормальная» личность обычно возвращается. Эту часть личности можно называть «нормальной», если не принимать во внимание отсутствие всякой памяти о событиях, связанных с шоком, и другие («соматические») истерические расстройства, свойственные психической диссоциации. Снова и снова происходит чередование «аффективной» и «внешне нормальной личности». <…> Вернув-

> шись, «внешне нормальная» личность может вспоминать, как о сновидении, болезненные переживания при временном вторжении «аффективной» личности. Возвращение «аффективной личности» также может происходить и во время сна, при этом *действительно* функциональные расстройства, такие как мутизм, паралич, контрактуры, обычно исчезают на это время. Однако у вернувшейся после пробуждения «внешне нормальной» личности как правило не остается воспоминаний о состоянии во сне, а мутизм, паралич и пр. возвращаются так же быстро, как исчезли (1940, p. 66–67).

Повторим, что хотя Майерс и говорил о «личностях», он явно не собирался объективировать эти психобиологические системы. Приведенное выше описание полной амнезии ВНЛ при первичной диссоциации является несколько преувеличенным, хотя клинические данные и данные исследований свидетельствуют о том, что при ПТСР часто присутствуют нарушения памяти, в том числе диссоциативная амнезия травматического опыта той или иной степени выраженности (Bremner, Southwick et al., 1992; Bremner, Steinberg et al., 1993; Vermetten & Bremner, 2000). Тем не менее из этой цитаты видно, что чередования АЛ и ВНЛ происходят из-за неудачи интеграции травматического опыта. В этом отрывке показано, что АЛ и ВНЛ отличаются друг от друга и в субъективном переживании и в проявлениях диссоциации, а также то, что обе эти части личности наделены диссоциативными симптомами.

При первичной диссоциации личности полные переключения между ВНЛ и АЛ являются довольно редкими. Гораздо чаще происходят вторжения элементов травматических воспоминаний, то есть нечто обратное амнезии: индивид в той или иной степени осознает ощущения, зрительные образы, эмоции, принадлежащие травматическому опыту, которые побуждают его к тем или иным действиям и вызывают те или иные чувства. Например, у ВНЛ может появиться желание замереть, съежившись в углу комнаты, или вступить в физическое противоборство независимо от того, находятся эти желания в сфере сознательного волевого контроля или нет, они, как правило, не переживаются как диссоциативные состояния флэш-бэк. Однако в других случаях вторжения, обычно это относится к сновидениям, в которых воспроизводится травматический опыт во всем его объеме, происходит полная активация АЛ, и, как следствие этого, согласно Майерсу, у ВНЛ наблюдается амнезия, распространяющаяся на это время тотального доминирования АЛ.

Иногда вторжение АЛ не столь очевидны. В этих случаях ВНЛ испытывает непонятные для нее самой неспецифичные симптомы, такие как раздражительность, гипер- или гиповозбуждение, депрессию, тревогу, ярость, бессонницу, саморазрушительные импульсы и неосознаваемое разыгрывание травматических событий. Долгое время причина этих симптомов может оставаться скрытой от ВНЛ. Впрочем, иногда ей удается понять связь между этими симптомами и явлениями вторжения АЛ.

Кроме травматических воспоминаний, на функционирование ВНЛ могут оказывать влияние и другие аспекты АЛ: мысли, образы, сенсорные ощущения, исходящие от этой части личности. Иногда у ВНЛ могут возникать слуховые галлюцинации, имеющие диссоциативную природу: голос, который воспринимает при этом ВНЛ, представляет собой проявление коммуникации АЛ в отношении ВНЛ (Brewin, 2005b). ВНЛ часто испытывает страх в связи с этими симптомами, так как не может понять их причину и не может их контролировать. Узнав из разъяснений своего терапевта о проявлениях и механизмах симптомов вторжения, ВНЛ Сьюзан испытала большое облегчение и сказала: «Я больше не боюсь того, что со мной происходит, потому что теперь я поняла причины этого и теперь знаю, что я не сумасшедшая».

ВНЛ и АЛ в итоге должны быть интегрированы в единую личность, так чтобы ВНЛ осознала случившееся, а АЛ поняла, что травматические события остались в прошлом. После этого необходимость в следовании стратегиям избегания отпадает и пациент сможет активировать более гибкие и соответствующие задачам повседневной жизни тенденции к действию.

РЕЗЮМЕ

Опираясь преимущественно на соответствующие системы действий, ВНЛ индивида, перенесшего травму, ориентирована на повседневную жизнь – поддержание отношений с другими людьми, работу и результативность, а также решение и достижение других задач и целей жизни. При этом ВНЛ не удается интегрировать травматический опыт. ВНЛ может инициировать интегративные действия после травмы – интеграция естественна для человека, но не в состоянии осуществлять их адекватно и полно. АЛ жертвы травмы фиксирована на определенных тенденциях к действию, которые были когда-то активированы во время травматической ситуации. При первичной диссоциации личности эти тенденции обычно являются частью системы физических защит, которая присутствует у всех млекопитающих и направлена на выживание в ситуации физической угрозы. ВНЛ включается в поведенческое избегание внешних стимулов, напоминающих о травматических воспоминаниях, и задействует ментальные стратегии избегания АЛ и соответствующих травматических воспоминаний, чувств, мыслей, желаний, субъективно представляющих психологическую опасность.

ГЛАВА 3

Вторичная структурная диссоциация личности

> Как правило, клиницисты выделяли только два разных способа существования у своих [диссоциативных] пациентов. Но это число не является ни неизменным, ни предопределенным. Возможно, оно даже не так постоянно, как многие думают.
>
> *Альфред Бине* (Binet, 1892–1896/1977, p. 38)

Базисной формой структурной диссоциации является внутреннее разделение личности на одну ВНЛ и одну АЛ. Однако диссоциативная организация личности может быть гораздо сложней, особенно в случае хронического детского насилия или пренебрежения (Nijenhuis & Van der Hart, 1999a; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002). Как правило, более тяжелые формы травматизации связаны с большей диссоциативной симптоматикой (например: Anderson, Yasenik & Ross, 1993; Butzel et al., 2000; Chu, 1996; Draijer & Langeland, 1999; Irwin, 1996; Mulder, Beautrais, Joyce & Fergusson, 1998).

Как и единственная АЛ при первичной структурной диссоциации, аффективные личности при вторичной структурной диссоциации фиксированы на травматическом опыте, обладают набором убеждений и оценок, связанных с травмой и резистентных какой-либо корректировке, они также ответственны за вторжение в ВНЛ травматических воспоминаний, эмоциональных и сенсорных элементов травматического опыта. Кроме того, у многих АЛ, связанных с детским насилием и пренебрежением, развиваются паттерны ненадежной привязанности, которые вторгаются в отношения ВНЛ или чередуются с ее паттернами привязанности, что создает противоречивые формы отношений, известные как дезорганизованная/дезориентированная привязанность (например: Liotti, 1999a, 1999b; Main & Solomon, 1986).

У взрослых могут развиваться сложные формы травматической структурной диссоциации при продолжительных и повторяющихся травматических событиях, таких, например, как война с ее зверствами и преступлениями,

преследованиями по политическим мотивам, заключение в концлагере, длительное пребывание в плену, геноцид. Следует, однако, отметить, что вторичная структурная диссоциация после травмы во взрослом возрасте возникает чаще у тех индивидов, которые уже были травмированы в детстве. Во всяком случае исследования показывают, что детская травматизация является основным фактором риска развития сложного ПТСР у взрослых (например: Donovan, Padin-Rivera, Dowd & Blake, 1996; Ford, 1999).

ХАРАКТЕРИСТИКИ ВТОРИЧНОЙ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Вторичная структурная диссоциация личности может иметь самые разные степени сложности. Самая простая форма включает две АЛ – обычно это переживающая и наблюдающая АЛ – и ВНЛ, сфера активности которой заключает в себе большую часть функционирования индивида. В других случаях разделение личности может быть гораздо более дробным и включать несколько или даже много АЛ, проявляющихся в разном порядке и формах и различающихся проявлениями чувства автономности, наличием и спецификой личных характеристик, таких как имя, возраст, пол.

АЛ, впервые появившиеся в детстве, со временем могут стать сложными и автономными по сравнению с единственной АЛ, которая появляется у взрослых индивидов при первичной структурной диссоциации личности. АЛ при вторичной диссоциации могут стать настолько самостоятельными, что иногда полностью овладевают сознанием и поведением индивида. Однако действия этих АЛ часто не удовлетворяют требованиям адаптации к реалиям настоящего. Их ключевые тенденции, как правило, связаны не с системами повседневной жизни, а со специфическими подсистемами защиты от угрозы физическому благополучию (особенно исходящей от человека) – бегства, борьбы, подчинения, а также с переполняющим АЛ отчаянием, гневом, стыдом, страхом детскими потребностями во внимании и заботе. Они обычно прибегают к примитивным защитным тенденциям.

Когда развивается несколько АЛ, разные аспекты травматического опыта, соответствующего одному или нескольким травматическим события, сосредотачиваются в разных АЛ. Каждая из них может быть опосредована особыми филогенетически ранними подсистемами защиты, иметь свой стиль ненадежной привязанности, задействовать специфические тенденции психической защиты (то есть психические тенденции совладания с угрозой в межличностной и внутриличностной сферах) и может быть фиксирована на патогенном ядре – особенно тяжелом моменте травматического опыта.

Бренда, пациентка с диагнозом неуточненного диссоциативного расстройства (НДР, DDNOS – *Dissociative Disorder Not Otherwise Specified**), име-

* Здесь и далее термин НДР используется для обозначения диагноза НДР, подтип 1 [APA, 1994]: более мягкая форма расстройства диссоциированной идентичности

ла одну ВНЛ и несколько АЛ. С 8 до 14 лет она подвергалась сексуальному и физическому насилию со стороны отчима-алкоголика, а также неоднократно становилась свидетелем того, как отчим избивал ее мать и старшего брата. Уровень ее функционирования был подвержен сильным колебаниям. Временами, когда ВНЛ занимала доминирующие позиции в контроле за поведением, Бренда была относительно стабильна. Однако когда флэш-бэки и дезорганизованные паттерны привязанности ее АЛ начинали штурмовать ВНЛ, поведение Бренды и ее внутреннее состояние становились хаотичными. У Брэнды было несколько АЛ, обладающих четко выраженными чертами. Одна из них обычно активировалась, когда Бренда была на своем рабочем месте, тогда она становилась агрессивной (подсистема борьбы). Как ВНЛ Бренда лишь смутно припоминала эти инциденты, среди которых была и попытка наброситься с кулаками на своего непосредственного начальника. Другая детская АЛ испытывала страх, когда супруг Бренды проявлял к ней сексуальный интерес. Тогда Бренда издавала крик и бежала в ванную (подсистема бегства), запиралась там и умоляла детским голосом из-за закрытой двери, чтобы «плохой дядя ушел». Об этих событиях ВНЛ Бренды тоже помнила очень мало или вообще ничего. Иногда в голове Бренды звучал голос третьей АЛ. Это был голос ее отчима, который называл ее шлюхой и говорил: «Мир стал бы лучше, если бы ты умерла». Несколько раз от этой АЛ исходили попытки самоубийства. В этих случаях ВНЛ Брэнды осознавала, что она выпила слишком много лекарства и это грозит ей смертельной опасностью, но она ничего не могла сделать, как будто кто-то заставлял ее глотать эти таблетки. Она также рассказывала о том, что наблюдала за этими попытками самоубийства как бы со стороны.

ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ

При вторичной структурной диссоциации встречаются разные сочетания АЛ, для каждой из которых характерен собственный уровень развития и автономии. Кроме того, у ВНЛ жертвы хронической детской травматизации более вероятны дезадаптивные стратегии совладания по сравнению с теми, кто пережил психотравмирующую ситуацию во взрослом возрасте и до травмы функционировал на достаточно высоком уровне.

Изменения ВНЛ при вторичной структурной диссоциации

Хроническая детская травматизация оказывает влияние на функционирование ВНЛ, потому что последствия ранней травмы сказываются на всех системах действий, отвечающих за каждодневные дела. Например, обычно энергети-

(РДИ). НДР, подтип 1 представляет собой те случаи РДИ, при которых не наблюдается пара альтер-личностей, переключения между которыми всегда сопровождаются амнезией, а также те случаи, при которых контролем над поведением индивида всегда владеет только одна альтер-личность. – *Прим. науч. ред.*

ческая регуляция и социальное взаимодействие прекрасно сочетаются, когда люди собираются вместе за обеденным столом. Однако нарушения питания (энергетическая регуляция) и трудности, возникающие в связи с участием в совместной трапезе (социальное взаимодействие), становятся обычными, если семейные обеды превращаются в поле боя. Аналогично сексуальное насилие в детстве может привести к нарушениям в функционировании системы сексуальности/репродукции, выражающимся в двух крайностях: промискуитете или в избегании любого сексуального поведения. Если ребенка постоянно наказывают за любознательность и исследование окружающего мира или высмеивают, называя глупым за то, что он чего-то не знает, то активность системы действий, направленной на исследование, может быть заторможена или нарушена. У ребенка, вынужденного приспосабливаться к жизни с родителем, который отвергает его и жестоко с ним обращается, забота о другом человеке может принимать причудливые формы, приводя впоследствии к трудностям установления межличностных границ. Для ВНЛ индивидов, переживших хроническую травму в сфере межличностных отношений, самая, может быть, главная проблема связана с функционированием системы привязанности (см. ниже параграф о генезе трудностей в этой сфере).

Внутренняя ситуация пациента, у которого единственная ВНЛ должна как-то ладить с несколькими диссоциативными частями личности (АЛ), является более сложной по сравнению с ситуацией при первичной диссоциации. Повышение сложности структурной диссоциации приводит к большей вероятности вторжений со стороны разных АЛ, поскольку большее количество АЛ делают ВНЛ пациента уязвимой к большему количеству триггеров, связанных с травматическим опытом и запускающих защитные реакции АЛ. Если же АЛ развиваются и завоевывают больше автономии, то единственной ВНЛ становится все сложнее справляться с их вмешательствами и регулировать внутренние отношения между разными частями личности.

Аффективные части личности и защитная система действий млекопитающих

Если при первичной диссоциации личности травматический опыт полностью принадлежит единственной АЛ, которая всецело погружена в эти переживания, то при вторичной структурной диссоциации активность разных АЛ, опосредованных разными защитными подсистемами, как правило, направлена на строго определенные стимулы или аспекты травматического опыта. Так, одни АЛ могут быть фиксированы на травматических воспоминаниях, тогда как другие – на психических защитах, препятствующих осознанию травматического опыта. Например, детская АЛ может придумывать бесчисленные фантастические версии того, что произошло, используя фантазию как действие, замещающее осознание происшедшего события.

Хотя активность АЛ при вторичной структурной диссоциации регулируется в основном филогенетически более ранними защитными подсистемами,

общими для всех млекопитающих (например, бегство, оцепенение), эти диссоциированные части могут также содержать элементы систем, которые отвечают за повседневное функционирование. Например, активность некоторых АЛ определяется тенденциями к действию, связанными с игрой, исследованием, заботой, но эта активность быстро подавляется, когда в результате воздействия реактивирующих триггеров приводятся в действие защиты, направленные на сохранение физического благополучия и целостности. Очень часто такие АЛ обладают личностной идентичностью маленького ребенка и воспринимают повседневную жизнь как полную опасностей. Они могут получить исполнительный контроль в полной мере только в стенах дома, на терапии или при повторном проживании травматического события. Иногда они могут влиять на ход событий, только находясь в пассивной позиции (когда одна диссоциативная часть, не владеющая исполнительным контролем, оказывает внутреннее влияние на ментальные и поведенческие действия другой части) (Kluft, 1987a; см. главу 5). Они могут сочетать системы действий повседневной жизни с филогенетически ранними защитными реакциями и психическим избеганием. Например, на сеансе терапии детская АЛ может предложить терапевту оставить разговоры и «поиграть» с ней. Если же терапевт настаивает на сохранении рамок терапевтических отношений, то у пациента может произойти переключение или же он обратится к другим стратегиям избегания. Однако в большинстве своем АЛ склонны к филогенетически ранним защитным действиям, таким как бегство, борьба, реакции оцепенения и подчинения. Любые напоминания о травме могут активировать эти тенденции к действию.

АЛ при вторичной диссоциации и травматические патогенные ядра

Некоторые АЛ несут в себе наиболее пугающие части травматического опыта, так называемые *патогенные ядра,* или *горячие точки,* которые невыносимы для другиех АЛ.

> Рэгги, пациент с НДР, ребенком был садистски изнасилован соседским мальчиком-подростком. Со временем Рэгги, казалось, справился с этими воспоминаниями, кроме одной АЛ, которая, оставалась застывшей в немом ужасе. Через два года медленной работы АЛ удалось выразить свой страх в рисунке. Рэгги нарисовал обезглавленного щенка и вспомнил, что соседский мальчишка убил его щенка, угрожая, что то же самое случится и с Рэгги, если тот не подчинится. После проработки этого патогенного ядра и связанного с ним АЛ генерализованная тревога Рэгги существенно снизилась, а его функционирование улучшилось.

АЛ и двойные эмоции

У некоторых пациентов вторичная структурная диссоциация развивается после того, как острое травматическое переживание во взрослой жизни реактивирует неинтегрированный травматический опыт детства. В этом случае

травматическая реакция в настоящем является сложной и состоит из реакций на новое и на прошлое травматическое событие. Жане (1903, 1928a) называл это «двойной эмоцией». Она была описана у травмированных солдат разных войн (например: Rows, 1916; ср.: Shephard, 2000, p. 81–82; Witztum, Margalit & Van der Hart, 2002). Мы также отмечали этот феномен у пациентов, пострадавших после аварий, утраты объекта привязанности (смерть или развод), медицинских вмешательств, сексуального насилия или криминального нападения у гражданских лиц (например: Van der Hart, Boon, Friedman & Mierop, 1992; Van der Hart, Witztum & Friedman, 1993). Двойные эмоции могут вызвать к жизни уже существующие АЛ или/и ускорять развитие новых.

Марсель, женщина 26 лет, получила травму головы во время аварии. Ее госпитализировали с сотрясением, и позднее у нее развилась ретроградная амнезия на события всей ее жизни, она не узнавала ни мужа, ни других членов семьи, однако у нее не было обнаружено каких-либо органических поражений головного мозга, которые могли бы стать причиной этой амнезии. Марсель направили на психотерапию, в ходе которой она вспомнила о жестоком изнасиловании в возрасте 15 лет, о котором она никому никогда не рассказывала. Сочетание некоторых аспектов актуальной психотравмирующей ситуации: столкновение машин, кровь, вытекающая из раны на голове, боль и последующее обследование в больнице, во время которого с нее сняли одежду, а ноги и руки были фиксированы специальным образом, всколыхнули давние воспоминания о сексуальном насилии. «Двойная эмоция» новой и прежней травмы оказалась непереносимой для ВНЛ Марсель, у которой уже была амнезия на ситуацию сексуального насилия прошлого, что привело к более обширной амнезии. В ходе терапии проявилась две АЛ Марсель. Одна из них содержала воспоминания об аварии и оказании первой помощи, а другая – травматические воспоминания об изнасиловании (Van der Hart, Boon et al., 1992, p. 26–27).

Множественные группы АЛ

Иногда в ходе терапии пациенты вспоминают о множественных случаях травматизации, связанных с насильственными действиями разных людей, например, сексуальное насилие со стороны родственника или религиозного наставника в церкви, садистические действия сиблинга или соседа во время игр на улице. Как правило, такие случаи происходят при отсутствии должного присмотра и защиты ребенка, а также из-за того, что дети, уже пережившие травму, подвержены гораздо большему риску виктимизации (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Craine, Henson, Colliver & MacLean, 1988; Kellogg & Hoffman, 1997).

У человека, пережившего множественную травматизацию, могут появиться разные АЛ, связанные с разными травматическими событиями. Как правило, каждой группе АЛ соответствует определенный кластер травматических переживаний и воспоминаний. Чаще всего группы АЛ встречаются при тре-

тичной структурной диссоциации личности, поскольку у пациентов с РДИ бывают наиболее тяжелые и множественные травмы, однако они могут быть и при вторичной структурной диссоциации. У Лены была одна ВНЛ и три группы АЛ: одна, связанная с физическим и психологическим насилием со стороны отца, вторая – с изнасилованием соседом, когда Лене было 4 года, третья – с полным пренебрежением со стороны матери.

Уровни травматических воспоминаний и АЛ. Травматические воспоминания и, следовательно, содержащие их АЛ обычно проявляются последовательно, слой за слоем. После того, как достигнута интеграция одного уровня, на смену ему приходят воспоминания и, соответственно, АЛ другого уровня (Janet, 1889, 1894/1989d, 1898a; Kluft, 1988; Van der Hart & Op den Velde, 1995). Такая динамика весьма характерна для пациентов с историей хронического детского насилия и пренебрежения.

Уровневая структура обусловлена тем, что и воспоминания, и АЛ относятся к разным событиям. Связи между АЛ могут выстраиваться, например, в соответствии с хронологической последовательностью событий (см. ниже «Последовательная диссоциация»). Одна АЛ может сменять другую по мере того, как одно травматическое воспоминания сменяется другим. В терапии Леони, пациентки Жане, сначала появилось и было проработано принадлежащее одной из АЛ этой пациентки травматическое воспоминание о том, как ее изнасиловал отец, когда Леони было 8 лет. Лишь после этого проявилась другая АЛ, которая, испугавшись собственной фантазии, что она могла забеременеть от отца после изнасилования, предприняла попытку самоубийства и впоследствии хранила воспоминания об этом. Иногда АЛ могут иметь общие эмоциональные темы, такие как гнев, стыд или сексуальные чувства. Некоторая конкретная АЛ может выступать в роли связующего звена между травматическими воспоминаниями. Например, одна и та же АЛ может присутствовать в том или ином качестве при разных эпизодах сексуального насилия.

Наконец, связь может образоваться между АЛ, несущей в себе воспоминания об исходном травматическом переживании, и АЛ, содержащей самые гнетущие фантазии или даже галлюцинации, вызванные травматическим опытом. В терапии эти АЛ появляются поочередно (Janet, 1898a).

> Наоми было три года, когда умерла ее маленькая сестра, что было травматично для всех членов семьи. Родители не могли утешить Наоми. Крайне жесткие религиозные установки подогревали в них всепоглощающую вину за смерть дочери, и они были неспособны создать для других своих детей атмосферу эмоциональной безопасности и должным образом заботиться о них. Наоми тоже чувствовала вину, и позднее у нее появилась фантазия, что это она виновата в смерти сестры. За это она обречена вечно гореть в аду, где ее будет терзать сам дьявол – в действительности, ее собственная АЛ. Позже, когда в ее жизни происходили ситуации утраты или разрыва отношений – смерть члена семьи или расстроенная помолвка, – она

испытывала почти физическую боль как бы от ожога, ее одолевали ночные кошмары, в которых она горела в адском пламени.

В подобных случаях, когда в сознании пациента доминируют подобные мучительне переживания, мы, по-видимому, можем думать о диагнозе диссоциативного психоза (см. главу 6).

Диссоциативные части личности и дезадаптивные защитные тенденции

Диссоциативные части личности часто используют различные защитные тенденции к действию, так называемые механизмы психической защиты, которые могут варьировать в широком диапазоне от «нормальных» до примитивных и патологических. Эти внутренние психические защитные действия во многом удивительно схожи с защитным поведением, возникающим в ответ на угрозу физическому благополучию и целостности, которое свойственно всем млекопитающим, а именно: разные формы гипервозбуждения, замирания, бегства, борьбы и подчинения (состояния шока). К таким защитам относятся и проекция, и идентификация (с агрессором), которые обычно связаны с АЛ, использующими стратегии борьбы (гнева и враждебности), и отрицание нежелательного опыта, например, уязвимости. Расщепление, при котором одна диссоциативная часть считает кого-то из окружения «хорошим», а для другой АЛ тот же человек предстает исключительно в негативном свете, с этих позиций, может быть поставлено в соответствие попытке распознавания хищников (например, «плохая мать») и особей, которых стадо или стая принимает («хорошая мать»). Отрицание некоторыми АЛ может принимать крайнюю форму психического бегства, как, например, в том случае, когда АЛ взрослой замужней женщины отрицает наличие у себя вторичных половых признаков и опыта супружеской жизни.

Индивид, пострадавший от травмы, активирует дезадаптивные тенденции психических защит в *попытке* защититься от повторения травмы в контексте отношения с другими людьми, а также от повторного проживания дезорганизующего внутреннего опыта, когда иные навыки совладания недоступны. Однако эти тенденции оказываются не только неэффективными, но и приводят к осложнению проблем в межличностной сфере и только усиливают внутреннее смятение. Когда защитные тенденции становятся привычным образом реагирования, это приводит к стойким дезадаптивным изменениям во всей личности, при этом определенные защитные стратегии иногда принадлежат ВНЛ, но главным образом связаны с АЛ.

ВНЛ «использует» АЛ как защиту от определенных психических элементов, оставляя им эмоции, мысли, фантазии, желания, потребности, ощущения, которые являются для ВНЛ неприемлемыми или непереносимыми. Например, детским АЛ часто «делегируют» сильные эмоции грусти и одиночества, а также защитные реакции оцепенения, бегства или подчинение. ВНЛ может отри-

цать у себя потребности в зависимости, так как они принадлежат АЛ. Однако для удовлетворения этих потребностей АЛ располагает лишь ограниченным репертуаром средств, к которым относится «крик привязанности» и отчаянный поиск объекта привязанности (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Ненадежная привязанность побуждает их к использованию психологических стратегий совладания, которые могут со временем становиться ригидными и непроизвольными. АЛ, испытывающая сильную потребность в отношениях зависимости, может постоянно вторгаться и предпринимать настойчивые попытки доминирования в сознании, однако для ВНЛ проявления этой зависимости будут неприемлемыми, непонятными и вызовут чувство стыда. ВНЛ всеми возможными путями избегает внутреннего психического контакта с этими частями личности, а также их интеграции. Для этого ВНЛ, например, сдерживает доступ к системам действий, опосредующим АЛ, сужает поле сознания, обесценивает, питает ненависть к этим АЛ, вступает в борьбу с этими частями и избегает отношений привязанности (см. главу 10). При структурной диссоциации после хронической психической травмы в детском возрасте ВНЛ внутренне избегает АЛ, которые несут для ВНЛ мучительные переживания. Недостатком такой организации личности является неспособность к навыкам эффективной защиты и совладания, которые не всегда доступны в нужный момент, так как принадлежат разным частям личности, изолированным друг от друга.

> Салли, пациентка со сложным ПТСР, иногда делала внезапные незапланированные телефонные звонки своему терапевту. В начале терапии, после того как происходило нечто подобное, она была озадачена, стыдилась своего поступка и не могла объяснить, что заставило ее позвонить терапевту. Постепенно стало ясно, что детской АЛ Салли срочно требовался контакт с терапевтом, тогда как сама Салли старалась избегать любого намека на потребность в терапевте.

Параллельная и последовательная диссоциация

Сразу несколько АЛ могут одновременно переживать один тот же момент травматического события, при этом, однако, отдельные аспекты травматического опыта распределены между разными АЛ. Например, в случае Салли одна из ее АЛ слышала только звуки, сопровождающие сексуальные действия отца по отношению к ней, тогда как другая АЛ переживала все аспекты этих ситуаций, за исключением звуков. Мы назвали это явление *параллельной диссоциацией* (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Разные АЛ могут также проживать эпизоды травмы последовательно. Так, две АЛ Салли переживали приближение отца, а третья – само изнасилование. Мы назвали это *последовательной диссоциацией* (Van der Hart et al., 1993). И при параллельной и при последовательной диссоциация могут формироваться патогенные ядра, о которых мы говорили выше. Так, одна часть личности в состоянии справиться только

с определенными переживаниями и может быть совершенно беззащитной в отношении других. Следствием этого может стать как параллельная, так и последовательная диссоциация.

> Одна АЛ Мэредит содержала в себе лишь физические ощущения, сопровождавшие акт фелляции, к которой ее принуждал отец. При этом у нее отсутствовали воспоминания о каких-либо эмоциях, сопровождавших эту ситуацию. Эта АЛ не осознавала также, кем именно был насильник. Зато другая АЛ полностью отдавала себе отчет в том, что насильником был ее отец, и переживала страшное одиночество, предательство и ужас. У Мэредит была и другая АЛ, которая была активной в моменты физического насилия, предшествовавшего сексуальному, и еще одна АЛ, не знавшая о физическом насилии, но содержавшая отдельные воспоминания о сексуальном насилии. АЛ, помнившая о сексуальном насилии, обвиняла во всем себя. Другие диссоциативные части личности Мэредит считали ее мерзкой и слабой, так как ничего не знали о том, как жестоко избивал ее отец для того, чтобы сломить сопротивление и добиться от нее покорности.

Параллельная и последовательная диссоциация, по-видимому, связаны с колебаниями психического уровня в ходе травматического переживания. Теоретически можно допустить, что появление вместо единственной нескольких АЛ, каждая из которых содержит разные аспекты травматического опыта, свидетельствует о резком снижении психического уровня жертвы во время травматического события. При хронической травматизации, видимо, появление новой АЛ происходит при снижении психического уровня тех диссоциативных частей, которые уже были сформированы к моменту образования новой.

Однако остается вопрос о том, что именно оказывается включенным в сферу той или иной диссоциативной части личности и как это связано с системами и тенденциями к действию, психическими защитными стратегиями и интрапсихическими функциями – когнитивными, эмоциями, ощущениями. Во время травматизации может происходить последовательная активация определенных тенденций к действию, таких как гипер-бдительность, оцепенение, бегство, борьба и подчинение. Диссоциация между разными тенденциями к действию может приводить к последовательной диссоциации и, соответственно, к появлению разных АЛ, каждая из которых будет содержать одну или несколько этих тенденций. Однако во время психотравмирующего события несколько потенциально конфликтующих тенденций могут быть активированы одновременно в определенный момент времени. Например, могут быть одновременно активированы тенденции борьбы, бегства и подчинения. Тогда одним из способов разрешения внутренней конфликтной ситуации является параллельная диссоциация, так что в ведение одной АЛ отводится тенденция к бегству, тогда как другой – активное физическое сопротивление. Однако во время травматического события некоторые из этих тенденций не могут быть проявлены вовне; их исполнение приходится подав-

лять или тормозить (например, в некоторых ситуациях жертва вынуждена отказаться от тенденции к бегству и проявить покорность, так как последнее дает больше шансов на выживание). Таким образом, вполне вероятно, что АЛ, фиксированные на определенных защитных действиях, свойственных всем млекопитающим, во время травматической ситуации могут вообще не участвовать в каком-либо поведении, их активность в этом случае остается на уровне условного, «виртуального» действия.

Типы параллельной диссоциации. Нойес и Клети отмечали, что «перед лицом смертельной угрозы восприятие человека меняется таким образом, что он начинает наблюдать происходящее с ним как бы со стороны, создавая таким образом дистанцию между собой и нависшей опасностью» (Noyes and Kletti, 1976, p. 108). Однако, добавим мы, такое дистанцирование не означает прекращения травматического переживания, потому что одна диссоциативная часть продолжает переживать травматическое событие, пока другая наблюдает со стороны. Вероятно, наиболее простой формой параллельной диссоциации при травматизации является разделение на АЛ, *переживающую* травматическое событие на сенсомоторном и аффективном уровнях, и *наблюдающую* часть личности, субъективно отдаляющуюся и смотрящую на происходящее с АЛ отстраненно, как бы издалека. Это хорошо известный феномен, ранее описанный как диссоциация между переживающей и наблюдающей частью Эго (Fromm, 1965)*. О подобном опыте часто можно услышать и от жертв детского сексуального насилия (Braun, 1990; Gelinas, 1983; Putnam, 1997), ветеранов войны (Cloete, 1972), людей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (Noyes, Hoenk, Kupperman & Slymen, 1977; Noyes & Kletti,

---

* Следует различать диссоциативный феномен выхода из собственного тела («out-of-body experience») и разделение Эго на переживающую и наблюдающую части как один из важных аспектов внутренней динамики пациента (*Гринсон Р. Р.* Техника и практика психоанализа. М.: Когито-Центр, 2003. С. 65) в психоаналитическом процессе. Основной чертой феномена выхода из тела является весьма необычное переживание, когда индивид наблюдает за собой как бы со стороны как за посторонним человеком. Феномены выхода из собственного тела сопровождают некоторые медитативные практики, переживания особенно тяжелых психотравмирующих ситуаций, а также нередко являются частью клинической картины психотических расстройств. С точки зрения теории психоаналитического процесса, разделение Эго на наблюдающую и переживающую части является *нормативным,* ожидаемым и скорее интерсубъективным, чем интрапсихическим феноменом, связанным с психопатологией пациента. Американский психоаналитик Стерба подчеркивал, что разделение Эго на наблюдающую и переживающую части является необходимым условием для прогресса в психоанализе. Стерба полагал, что только те пациенты, которым удается такое разделение, в состоянии установить рабочие отношения с аналитиком через наблюдающую часть и анализировать в союзе с ним то, что происходит с переживающей частью Эго. Хотя в основе разделения Эго на переживающую и наблюдающую части, по-видимому, лежит диссоциативный процесс, все же разделение Эго в психоаналитическом процессе является самостоятельным явлением и в большинстве случаев не сопровождается столь необычными, с точки зрения обыденного опыта, явлениями, как феномены выхода из собственного тела. – *Прим. науч. ред.*

1977). Тот факт, что пострадавшие в автомобильной аварии также описывают опыт параллельной диссоциации, свидетельствует о том, что и при единичной травме может возникать базовая форма параллельной диссоциации, то есть очень простая и, по-видимому, скоропреходящая форма вторичной структурной диссоциации.

> У Джойс, пациентки со сложным ПТСР, была легкая форма вторичной структурной диссоциации. В детстве Джойс подвергалась сексуальному насилию со стороны брата. Личность Джойс содержала три диссоциативных части. Одна из ее детских АЛ содержала травматический опыт сексуального насилия, другая АЛ «наблюдала, повиснув под потолком комнаты» за происходящим в то время, когда брат совершал насильственные действия в отношении Джойс. Третья диссоциативная часть ее личности, ВНЛ, отгородилась от травматического опыта почти непроницаемым барьером амнезии, что позволяло ей успешно справляться с повседневной жизнью.

Шварц приводит описание наблюдающей АЛ у жертвы хронического насилия (группового сексуального):

> Когда они заставили меня танцевать перед теми мужчинами, я просто отошла на три шага назад, потом я увидела какую-то девочку, которая танцевала перед ними, а я смотрела на нее со стороны… это была не я, но я видела ее. Мне она не нравилась, не нравилось, что она делает. И хотя я знаю, что она это я, на самом деле, она – не я (Schwartz, 2000, p. 40).

В описаниях ВНЛ наблюдающая АЛ часто характеризуется как пассивная, у нее отсутствуют какие-либо чувства, она просто смотрит на происходящее во время психотравмирующей ситуации. Первый рассказ Маргарет, 32-летней пациентки с диагнозом НДР (неуточненное диссоциативное расстройство, DDNOS) о пережитом ею в детстве насилии, был построен на впечатлениях диссоциированной части ее личности, наблюдавшей за тем, что происходило с Маргарет как бы со стороны:

> «Я смотрела на происходящее, стоя у двери. Просто смотрела и не чувствовала ничего по отношению к этой девочке и к тому, что с ней делали». Это свидетельство не*реализации* наблюдающей АЛ. Безусловно, в таком развитии событий есть своя психологическая выгода для АЛ: так эта часть личности избегает осознания того, что насилие произошло с *ней*. Не исключено, что описание феномена «скрытого наблюдателя» в обычных состояниях сознания и под гипнозом, приведенное Хилгардом (Hilgard, 1977), можно считать прототипом наблюдающей АЛ. Хилгард пишет об отслеживающей функции мозга, которая легко диссоциирует и может развивать некоторую степень чувства *я*.

Некоторые АЛ легко спутать с наблюдающими АЛ, так как их активность опосредована защитными подсистемами гипербдительности. Сфера деятельности

гипер-бдительной части далеко выходит за рамки просто наблюдения. Внимание гипер-бдительных АЛ концентрировано исключительно на внешнем окружении, они активно его сканируют в поиске сигналов опасности. Для аффективной сферы этих АЛ характерны тревога и страх. Однако гипербдительные части не наблюдают за другими частями личности, как это порой делает наблюдающая АЛ. Некоторые наблюдающие АЛ могут быть довольно сложными. Они могут быть склонны к интеллектуализации и блокировать свои эмоциональные переживания, однако порой они бывают весьма проницательными и обладают сильной интуицией. К тому же они имеют доступ не только к травматическим воспоминаниям. Иногда наблюдающие АЛ могут испытывать и некоторые чувства, однако их описания собственных чувств, как правило, скупы и умеренны. По мере интеграции личности эмоциональная жизнь этих частей становится богаче, а психологическая дистанция между ними и тем опытом субъекта, от которого они дистанцировались, сокращается. Между тем и до достижения интеграции наблюдающие АЛ в большей степени, чем другие части, способны к распознаванию и размышлениям о психических и поведенческих действиях других частей и взаимодействии между ними. Некоторые наблюдающие АЛ могут проявлять заботу в отношении других диссоциативных частей личности, например, наблюдающая АЛ может побуждать ВНЛ к сохранению безопасности и контейнировать АЛ с разрушительными тенденциями. Обычно активность наблюдающих АЛ направлена не вовне, а внутрь. Очень часто наблюдающие АЛ можно встретить у пациентов с диагнозом РДИ, однако эти АЛ могут присутствовать и у пациентов с другими диагнозами.

Когда Лизетт, 27-летняя пациентка с хронической детской травмой, была госпитализирована для прохождения хирургической операции, у нее вдруг проявилось острая дыхательная недостаточность*. В то время как некоторые из диссоциативных частей ее личности пребывали в панике и боролись за каждый глоток воздуха, а медицинский персонал напряженно трудился над нормализацией ее состояния, на сцену вышла наблюдающая АЛ Лизетт. Эта часть личности «наблюдала сверху» за Лизетт и действиями медперсонала и позднее могла точно описать, что происходило в палате. В какой-то момент Лизетт и эта часть ее личности потеряли сознание. Непосредственно перед обмороком АЛ испытала сильный испуг при мысли, что может сейчас умереть. Когда Лизетт помогли прийти в себя, ее наблюдающая АЛ, очнувшись, подумала, что уже умерла и превратилась в призрак, покинув мертвое тело. Эта АЛ сформировала заботливое отношение к Лизетт, наблюдая за решительными и порой жесткими действиями

* Острая дыхательная недостаточность (острый респираторный дистресс-синдром, ОРДС) довольно часто встречается у больных как хирургических, так и терапевтических отделений. Пациент с ОРДС часто жалуется на затрудненное, мучительное дыхание (диспноэ), дискомфорт в грудной клетке, сухой кашель. При ОРДС больной часто возбужден, ажитирован, при прогрессировании нарушений газообмена заторможен, оглушен, возможно развитие комы. – *Прим. науч. ред.*

врачей, пытавшихся вернуть Лизетт к жизни. Она мысленно обращалась к ним, наблюдая за всем происходящим из своей позиции вне тела Лизетт, стараясь донести до них, что они должны быть более осторожными и аккуратными, что перед ними страдающий человек. Впоследствии она продолжала проявлять заботу о Лизетт уже из внутренней позиции, убежденная в том, что остается невидимой потому, что она является призраком.

Здесь мы также видим пример трансовой логики, которая помешала прийти этой АЛ к верному заключению: если выжила Лизетт, то выжила и она. Трансовая логика представляет собой форму чрезвычайно конкретного мышления, сопровождающегося сильнейшим сужением внимания и поля сознания, а также игнорированием противоречий (Orne, 1959). Трансовое мышление также характеризуется дефицитом рефлексии и регрессией на дорефлексивный уровень.

Терапевтам не следует заблуждаться относительно этих АЛ. То, что они являются «наблюдающими», вовсе не означает, что они видят все и всегда. Эти части личности порой не помнят важных моментов травматического события, а их свидетельства о произошедшем могут быть неточными. Понимание потребностей и психологических процессов индивида может быть ошибочным, поэтому терапевт проявит мудрость, если оценит пользу, которую может дать терапевтическому процессу сотрудничество с этими частями личности пациента, однако при этом не станет чрезмерно полагаться на свидетельства и мнения «наблюдающих» АЛ.

В случаях более сложной параллельной диссоциации дополнительные АЛ одновременно переживают разные аспекты травматического события. При этом возможно, что некоторые из этих АЛ используют другие подсистемы защитных действий, свойственные всем млекопитающим.

В возрасте 5 лет Маргарет стала жертвой жестокого группового изнасилования, которое совершили ее братья-подростки в компании своих друзей. Это преступление было официально засвидетельствовано. В то время, когда происходило это травматическое событие, у Маргарет появилось несколько АЛ (параллельная диссоциация), которые разделили между собой это переживание. Одна АЛ испытывала гнев (борьба), другая была напугана и звала маму (крик привязанности), третья наблюдала, стоя в дверях, позже утверждая, что оставаться в теле в тот момент было для нее невыносимо (наблюдение и бегство), четвертая испытывала сильнейшую боль, пятая зажмуривала глаза, пытаясь перенестись в воображение в какое-то другое место. И еще одна АЛ оставалась неподвижной и безмолвной, несмотря на весь ужас, который она испытывала в тот момент (оцепенение). Поведение этой диссоциированной части также отражало определенный аспект травматической ситуации, а именно то, что один из мальчиков зажимал ей рот руками, чтобы она не кричала.

Типы последовательной диссоциации. При последовательной диссоциации несколько АЛ последовательно переживают разные эпизоды травматического события. Как говорилось выше, невыносимые аспекты травматического опыта, или патогенные ядра, могут становиться «переломными моментами», провоцирующими следующее диссоциативное разделение.

> У Джона было несколько АЛ, которые появлялись одна за другой в те моменты, когда его дядя становился крайне жесток по отношению к нему. Первой выходила на сцену АЛ, демонстрировавшая поведение оцепенения. Она становилась настолько испуганной, что «растворялась», утрачивала свою психическую эффективность, уступая место следующей, гневной АЛ, которая кричала на дядю (борьба). Когда побои дяди становились настолько сильными, что Джон уже не мог выносить их, его гневная личность «исчезала», не в силах справиться с болью, и на смену ей приходила АЛ, которая блокировала свои чувства и физические страдания и просто дожидалась, когда закончится избиение (анестезия и подчинение). Когда дядя оставлял Джона в покое, на его бесчувственную АЛ наваливалась крайняя «усталость» и проявлялась другая АЛ, которая пряталась под крыльцом дома и засыпала (восстановление).

Феномен «быстрого переключения» (Putnam, 1989) часто встречается у жертв психической травмы с вторичной структурной диссоциацией. «Быстрое переключение» происходит при особенно пугающих и невыносимо болезненных событиях.

> В случае Этти, детство которой прошло под знаком травмы, в том числе физического насилия, мы видим примеры «быстрого переключения» между разными АЛ, которое происходило, когда Этти испытывала невыносимую боль. Когда на определенном этапе терапии настал черед проработки травматических воспоминаний о пережитых Этти изуверствах, одна из диссоциативных частей ее личности рассказала, что для того, чтобы вытерпеть пытку, не проронив ни звука, – как того требовал от него истязатель – все АЛ, разделявшие это переживание, должны были почувствовать и увидеть лишь краткий кадр происходящего, а потом не видеть и не чувствовать ничего. Другими словами, быстрое переключение между АЛ было необходимо для того, чтобы как-то справиться с невыносимой болью: «А там, в голове все по очереди знают/видят/чувствуют что-то, малую толику, и сменяют друг друга все быстрее, быстрее и быстрее, чтобы каждому доставалось как можно меньше, хотя и этого было слишком много».

Сочетание параллельной и последовательной диссоциации. Чаще всего при вторичной (и третичной) диссоциации личности происходит сочетание параллельной и последовательной диссоциации, особенно в случаях хронического детского насилия. Множественные факторы, влияющие на склонность ребенка к диссоциативным состояниям и реакциям, также повышают

вероятность диссоциации как в рамках травматического опыта, так и с течением времени при последующей травматизации. В случае последовательной диссоциации, описанной у Маргарет, также присутствовала и наблюдающая АЛ, которая видела все, что происходило во время психотравмирующей ситуации, тогда как другие АЛ при этом последовательно сменяли друг друга.

РЕЗЮМЕ

При хронической травматизации у индивида может произойти разделение личности на одну ВНЛ и несколько АЛ. Эти АЛ организованы сложнее, чем АЛ при первичной диссоциации личности, так как, помимо защитных действий физического характера, АЛ при вторичной диссоциации часто используют ригидные и дезадаптивные тенденции к действию внутреннего ментального плана. У ВНЛ также могут наблюдаться дезадаптивные психические защитные тенденции. Разные АЛ могут содержать патогенные ядра травматического опыта. О личностной организации индивидов, перенесших психическую травму, говорят как о вторичной структурной организации в том случае, когда в ментальном пространстве индивида появляются единственная ВНЛ и несколько АЛ как результат разделения между (суб)системами действий, относящихся к древним видовым защитным маневрам и паттернам привязанности, в том числе приближения и избегания.

ГЛАВА 4

Третичная структурная диссоциация личности

> Луи Виве… обладает шестью разными формами существования. Каждая такая форма характеризуется, во-первых, особыми группами воспоминаний, относящимися к разным периодам жизни, во-вторых, особыми чертами характера – в одном состоянии он великодушен и трудолюбив, тогда как в другом ленив и вспыльчив; в-третьих, изменениями чувствительности и моторики, так, в одном состоянии у него анестезия и паралич левой части, и т. д.
>
> *Пьер Жане* (Janet, 1907, p. 83–84)

Разделение личности при третичной диссоциации приводит к следующему усложнению личностной системы: наряду с несколькими АЛ у индивида формируется несколько ВНЛ (Nijenhuis & Van der Hart, 1999a; Van der Hart et al., 1998). Мы полагаем, что третичная диссоциация личности характерна для расстройства диссоциированной идентичности (РДИ, DID), связанного с тяжелой длительной травматизацией в детстве (Boon & Draijer, 1993; Kluft, 1996a; Putnam, 1989, 1997; Ross, 1989). В этом случае системы действий повседневной жизни – исследования окружающего мира, привязанности, заботы, сексуальности – сосредоточенные при первичной и вторичной диссоциации личности в одной ВНЛ, разделены среди нескольких ВНЛ. Как и в некоторых случаях вторичной структурной диссоциации, отдельные АЛ могут становиться более сложно организованными и автономными, принимать участие в повседневной жизни и использовать, помимо защитных, иные системы действий. Хотя таким образом эти АЛ приобретают некоторые характеристики ВНЛ, все же их активность в значительной степени остается опосредованной древними видовыми защитами.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ ЧАСТИ ПРИ ДИССОЦИАТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ ИДЕНТИЧНОСТИ

В критериях DSM-IV для диагностической категории РДИ (DID) утверждается*, что каждая из «идентичностей», или «личностных состояний» обладает «своей собственной, относительно постоянной моделью восприятия и осмысления отношения к окружающему миру и самому себе» (APA, 1994, p. 484). Однако нам кажется, что это описание не охватывает всего многообразия проявлений диссоциативных частей при третичной диссоциации личности. В нашей клинической практике мы часто наблюдаем у пациентов с РДИ части личности (особенно некоторые АЛ), у которых нет имени или иных четко определенных характеристик. Диагноз РДИ предполагает наличие амнезии и поочередное переключение, по крайней мере, между двумя «идентичностями», но формы и характеристики диссоциативных идентичностей не уточняются. Кроме того, DSM-IV различает разные типы диссоциативных частей личности – пассивные, зависимые, депрессивные, враждебные, контролирующие, страдающие чувством вины, при этом отсутствует описание отличий «идентичностей» у пациентов с РДИ и пациентов с НДР. На практике клиницисты склонны применять диагноз НДР в тех случаях, когда диссоциативные части личности пациента не столь самостоятельны и развиты, как это бывает при РДИ (см. ниже), хотя в DSM-IV отсутствуют четкие указания на этот счет.

Мы полагаем, что вторичная и третичная диссоциация личности различаются по нескольким параметрам. Амнестические барьеры, разделяющие при вторичной диссоциации (и НДР) диссоциированные части личности, не так глубоки, как при третичной диссоциации (РДИ). ВНЛ при вторичной диссоциации является «основным держателем акций» личности, а АЛ проявляются в повседневной жизни реже, их активность, как правило, не опосредована системами действий повседневной жизни. АЛ при вторичной структурной диссоциации связаны по большей части с системами защиты, а ВНЛ представлены в единственном числе. Проявления АЛ в повседневной жизни обычно происходят в результате оживления травматических воспоминаний или воздействия стимула, вызвавшего к действию защитную систему, опосредующую активность той или иной АЛ. Например, у пациента может быть АЛ, связанная с паттерном борьбы, активация которой происходит всякий раз, когда начинаются сексуальные отношения, для данной АЛ имеющие значение сексуального насилия. Функции этих частей, как правило, являются ограниченными, и у них часто отсутствует чувство связи с настоящим. В принципе число частей личности мало зависит от того, является диссоциация вторичной или третичной. Пациент с вторичной структурной диссоциацией может иметь множество АЛ, тогда как пациент с третичной диссоциацией личности может иметь только две ВНЛ и две АЛ. Впрочем, обычно большее количество

* См.: Клиническая психиатрия / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: Гоэтар медицина, 1998. С. 202. – *Прим. науч. ред.*

разделений связано с меньшей психической эффективностью и большей вероятностью третичной диссоциации личности.

С другой стороны, пациенты с третичной диссоциацией имеют несколько ВНЛ, активных в повседневной жизни. ВНЛ становятся активны не вследствие оживления травматических воспоминаний, как это бывает с АЛ, а при выполнении особых функций и решении конкретных повседневных задач в разных областях текущей жизни пациента. Например, некоторые части проявляют активность только на работе, другие при исполнении родительских функций, третьи – в сексуальных отношениях.

Мы предполагаем, что причина разделения ВНЛ связана с невозможностью для ребенка, лишенного поддержки, эмоционально заброшенного, переживающего жестокое обращение, интегрировать системы повседневной жизни, когда ее различные аспекты сами по себе травматичны.

У Трэйси, 34-летней пациентки с РДИ, было несколько ВНЛ, обладающих собственными именами. «Бетти» ходила на работу (поведенческая система познания, исследования мира) и была успешным программистом. Когда Трэйси была ребенком, именно «Бетти» посещала занятия в школе и вообще занималась учебой. «Бетти» удавалось решение технических проблем на работе, но она не очень хорошо ладила с другими людьми. Задача налаживания отношений, для решения которой необходима активация систем действий, направленных на социальное взаимодействие (например, системы привязанности), была прерогативой «Терезы», очаровательной и легкой в общении, хотя и безответственной и обладающей подростковой возрастной идентичностью. Сама Трэйси (также ВНЛ) была депрессивной, суицидальной и замкнутой, не любила свою работу и избегала отношений. «Бэппи» была ВНЛ, внутренне заботящейся о «маленьких» АЛ (система действий, направленная на заботу и уход за другими). Активность этой ВНЛ никак не проявлялась вовне в повседневной жизни. Одна из АЛ стремилась доминировать, когда Трэйси была дома одна: «Маленькая Трэйси» плакала, раскачивалась взад вперед, как будто переживая сильную физическую боль, хотя и никогда не могла сказать, что же с ней было не так. Большинство ВНЛ не любили «Маленькую Трэйси» и по возможности ее избегали. Вторая довольно сложная АЛ обладала мужской идентичностью, была мускулистым и сильным мужчиной, которого другие части личности звали «Терминатором» и слегка побаивались. Эта АЛ вмешивалась во все близкие отношения, которые пыталась построить «Трэйси»: набрасывалась на ее мужчин с руганью и даже хотела изнасиловать их. Сразу после секса с мужчиной эта личность вырывала постельное белье из-под лежащего на кровати мужчины, запихивала все использованные постельные принадлежности в мусорные мешки, чтобы тут же выбросить их на помойку. О других своих АЛ Трэйси рассказывала как о живущих внутри, «в большой комнате», никогда не проявляющихся

вовне, но пребывающих в постоянном смятении, все время страдающих от боли и громко стенающих у нее в голове.

У взрослых пациентов с РДИ могут появляться новые ВНЛ для того, чтобы справиться с ситуациями, которые не могут быть интегрированы прежними ВНЛ. К тому же функционирование ВНЛ затруднено постоянной реактивацией АЛ и соответствующих травматических воспоминаний, что делает индивида, пострадавшего от психической травмы, более склонным к диссоциации как дефицитарности и защите, вполне закрепляющейся к достижению им взрослого возраста.

Этти, пациентка с РДИ, пережившая в детстве сексуальное насилие, забеременела и должна была пройти обследование у гинеколога (Van der Hart & Nijenhuis, 1999). Врачебный осмотр вызвал реактивацию раннего травматического опыта сексуального насилия. Для того чтобы как-то справиться с этими воспоминаниями, Этти создала новую ВНЛ, свободную от вторжения травматического опыта, которая смогла участвовать во всех процедурах, необходимых для обследования.

У другой пациентки, Лены, прежняя ВНЛ страдала от болезненных воспоминаний во время сексуальных отношений с мужем, что серьезно осложняло ее семейную жизнь. Тогда была создана новая ВНЛ специально для занятий сексом. У Лены также появилась и другая узкофункциональная часть личности, единственной задачей которой было мытье посуды.

В приведенных выше примерах мы видим, как структурная диссоциация, впервые появляющаяся как дефицит во время травматизации, может стать ведущей психической защитой и способом совладания в повседневных рутинных делах, вызывающих неприятные или сложные чувства. Такое разделение в ответ на требования повседневной жизни наиболее вероятно в тех случаях, когда психический уровень индивида является очень низким, как это произошло у Лены.

При третичной диссоциации личности каждая ВНЛ ограничена функциями и потребностями определенной системы действий, опосредующей эту часть. Так, «Бетти» занималась только работой, новая ВНЛ Этти имела дело только с гинекологическими обследованиями. Конечно, возможны самые разные сочетания систем действий в рамках одной ВНЛ. Так, некоторые ВНЛ содержат в себе только одну систему действий, тогда как в сферу других могут входить сразу несколько систем, ориентированных на функционирование в повседневной жизни. Разделение ВНЛ может произойти в тех ситуациях, когда у индивида сталкивается с проблемой дефицита ресурсов перед лицом требований обычной жизни. Тогда он прибегает к формированию новых диссоциативных частей своей личности, при помощи которых он решает поставленные жизнью задачи.

САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ДИССОЦИАТИВНЫХ ЧАСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И УСЛОЖНЕНИЕ ИХ ВНУТРЕННЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Диссоциативные части личности, образующиеся при сложных формах структурной диссоциации, обладают двумя основными характеристиками, формирование которых требует некоторого времени. Первая – это степень их *самостоятельности* (Janet, 1907), сепарации и автономии от других частей личности. Ко второй характеристике относятся степень сложности и разнообразие «идей и функций, составляющих личность» (Janet, 1907, p. 332), которые диссоциативная часть личности приобретает со временем. Мы называем этот процесс *усложнением внутренней организации*. Хотя и самостоятельность, и усложнение упоминаются в литературе в связи с РДИ, этими характеристиками могут также обладать и диссоциативные части при вторичной и даже первичной диссоциации личности.

Самостоятельность

Самостоятельность предполагает определенную степень автономии действий одной части личности и свободы от контроля со стороны других частей вплоть до обладания всей полнотой исполнительного контроля над поведением индивида. Другие части могут быть либо амнестичны в отношении действий той части, которая в тот или иной момент времени владеет исполнительным контролем, либо осознают все происходящее, но не могут влиять на доминирующую личность. Взаимодействие между разными частями, избегающими интеграции, способствует усилению их взаимной сепарации. Обособление между частями может, в частности, усиливаться, когда внутренние взаимодействия сопровождаются переживаниями страха и стыда, например, когда одна из частей атакует другую, набрасываясь на нее с бранными словами: «Ты, шлюха!». В результате эти части будут все дальше и дальше отдалятся друг от друга, приобретая все больше и больше самостоятельности.

Степень самостоятельности может быть различной. У некоторых частей можно обнаружить деперсонализованное осознание своей принадлежности большей личностной системе: «Я знаю, что я часть его, но не чувствую этого». Некоторые лишь смутно ощущают эту причастность, тогда как другие части считают себя абсолютно самостоятельными персонами, невзирая даже на то, что реальность этому противоречит и это может приводить к серьезным проблемам.

> Одна из АЛ Лены, получив в свое распоряжение исполнительный контроль, перерезала вены, что внешне выглядело как попытка самоубийства. Между тем эта АЛ была убеждена в том, что биологическая смерть тела Лены вовсе не означает ее собственную смерть. Она не понимала, что она и Лена сосуществуют в одном теле и являются частями одной личности. Попытка самоубийства, по сути, была попыткой этой АЛ избавиться от ВНЛ,

которая подавляла ее, чтобы, наконец, делать то, что ей так хочется – встречаться с другими мужчинами, быть сексуальной, выпивать и развлекаться на вечеринках. В отношении этой АЛ Лены мы видим не только глубинные проблемы интеграции, но также сильное сужение поля внимания и ограничения рамками определенных систем действий (сексуальности и игры), исключающие опосредование активности данной АЛ другими системами. Также очевидно отрицание Леной неприемлемых импульсов, сосредоточенных в этой АЛ.

Самостоятельность диссоциированных частей проявляется наиболее отчетливо, когда те или иные ВНЛ и АЛ получают исполнительный контроль над поведением индивида во внешнем мире независимо от того, осознают ли то, что происходит при этом, другие части или нет. Такая степень самостоятельности диссоциативных частей характерна для РДИ. Например, «Бабуля» Лены заботилась о ее детях, а новая ВНЛ Этти появлялась во время гинекологических обследований.

Наиболее часто симптомы, наблюдаемые при сложных диссоциативных расстройствах, относятся к внутреннему влиянию, которое одни части личности оказывают на другие (Dell, 2002). Например, одна АЛ может проявлять агрессию в отношении другой. При этом ВНЛ пытается заботиться о напуганных внутренних детских частях. Другая АЛ отпускает глумливые комментарии по поводу такого поведения ВНЛ. Внутренняя активность третьей детской АЛ может быть представлена через образ одинокого ребенка, который заперт в чулане, лежит на полу и рыдает навзрыд. Такая разнообразная, иногда весьма сложная и запутанная внутренняя жизнь, в которой участвуют многие, иногда почти все части личности, также является довольно распространенной при РДИ. Эта сложная внутренняя динамика часто связана с мучительным отреагированием пережитого насилия. При этом некоторые диссоциативные части, вступая во внутреннее взаимодействие с другими частями, редко проявляют активность во внешнем мире. Внутренний мир, мир пустоты, заброшенности, ужаса – может стать для них не менее (даже более) реальным, чем внешний (см. главу 8). Иногда индивид, страдающий от последствий тяжелой травмы, создает в своем внутреннем пространстве сложные воображаемые миры (как, например, «сказочная страна»), в которых он обретает иллюзорное освобождение от волнений повседневной жизни.

Усложнение внутренней организации

Под усложнением диссоциативной части личности мы понимаем увеличение числа систем действий, входящих в сферу диссоциативной части, в том числе памяти, навыков, идентичности, этому способствует регулярное взаимодействие диссоциативной части с внешней реальностью или богатая внутренняя реальность. Появление новых элементов опыта и расширение репертуара ментальных действий диссоциированных частей происходит за счет повторяю-

щихся взаимодействий между диссоциативными частями и другими людьми, а также благодаря внутреннему взаимодействию между частями вне зависимости от того, происходят ли эти интеракции в контексте дел повседневной жизни или как-то связаны с опытом травматизации. Таким образом, можно сказать, что бытие диссоциативных частей определяется их взаимодействием между собой. Некоторые интеракции могут быть благоприятными или даже поддерживающими, другие сопровождаются переживанием эмоций страха, отвращения или стыда.

Появление некоторых внешних признаков постепенно усложняющейся идентичности диссоциированной части, таких как имя, возраст и др., представляется гораздо менее важным по сравнению с тем, что для диссоциированной части недоступна полнота осознания (не*реализация*), что, собственно, и служит главной причиной процесса усложнения. Описывая процессы усложнения внутренней организации и соответствующего усиления самостоятельности диссоциативных частей личности, Жане использовал термин *замещающие убеждения*. Замещающие убеждения появляются, когда нарушение синтетической функции не позволяет интегрировать переживание той или иной ситуации. Жане считал, что конкретные формы, которые приобретают замещающие идеи («я ребенок; я животное; я глухой; я демон; я свой собственный отец») не имеют большого значения.

> Мы не должны преувеличивать важность внешних конфигураций этих замещений. Гораздо важнее видеть за их обманчивой внешностью проявления «не*реализации*», которая, собственно, и является квинтэссенцией нарушения функционирования психики в результате травмы. Именно от «не*реализации*», а также значения, которое она приобретает для психики индивида, зависит тяжесть расстройства (Janet, 1945, p. 187).

Браун предложил идею континуума по основанию степени усложнения диссоциированных частей. На одном полюсе этого континуума он разместил простые АЛ, содержащие лишь отдельные элементы травматического опыта (он называл его «фрагмент следа памяти»), а на другом – гораздо более сложно организованные АЛ. Самые простые АЛ он характеризовал как «фрагмент с минимальным набором способов реагирования на стимулы, обладающий личной историей и спектром эмоций/аффектов, но хранящий знания об очень коротком периоде времени» (Braun, 1986, p. xiii). Некоторые из простых АЛ формируются для исполнения какой-то одной задачи во время травматического события. Например, личностная структура одной пациентки с РДИ содержала АЛ, активность которой была ограничена исполнением актов фелляции родному брату для съемок детской порнографии, к чему ее принуждали после истязаний. Другая АЛ этой пациентки, которая носила имя Мелодия, выражала мысли других частей личности пациентки через музыку. Каждая АЛ пациентки помнила только некоторые аспекты травматических ситуаций. То, к каким именно элементам травматического опыта имеют доступ те

или иные АЛ, зависит от ракурса восприятия данной АЛ сцены травматической ситуации и направленности опосредующей активность этой части системы действий. Усложнение внутренней организации может также происходить благодаря социокультурным влияниям, например, восприятию моделей поведения, демонстрируемым по ТВ, или идентификации с героями кинофильмов. У одного пациента сложилась целая группа АЛ на основе персонажей сериала «Звездный Путь» (Star Treck). «Мистер Спок» послужил прототипом для предельно интеллектуальной, однако эмоционально пустой ВНЛ. Следует отметить, однако, что данные эмпирических исследований не подтверждают гипотезу, что причиной диссоциативных расстройств может быть разыгрывание социальных ролей (Gleaves, 1996).

Смешение ВНЛ и АЛ

При сильной фрагментации личности жертвы травмы сочетания ВНЛ и АЛ могут быть чрезвычайно сложными. Дети, претерпевшие насилие или пренебрежение от близких взрослых в раннем детстве, когда жестокое обращение стало частью их жизни, могут испытывать трудности формирования систем действий, регулирующих активность индивида в нормальной повседневной жизни. Это типично для пациентов с РДИ. Такие дети быстро и часто должны были переключаться с защитной системы на системы действий, направленные на поведение в повседневной жизни и обратно, в итоге это привело к сильному смешению между данными системами, а, следовательно, и соответствующими им АЛ и ВНЛ, причем это смешение часто приобретает весьма хаотичные внешние проявления.

У пациентов с очень низким уровнем функционирования многие ВНЛ и АЛ могут быть практически не отличимы друг от друга. Хотя внимательное наблюдение чаще всего показывает, что «скорее ВНЛ» части более ориентированы на повседневную жизнь, тогда как другие – «скорее АЛ» части – на защитные маневры. Эти пациенты самые трудные в терапии, поскольку их психических уровень чрезвычайно низок, а защитные системы постоянно вторгаются в активность в повседневной жизни, из-за чего поведение этих пациентов обладает яркими чертами паранойи, агрессии, их реакции на нюансы в межличностных отношениях выглядят неуместно и странно, что в итоге серьезно нарушает их способности адаптации в нормальной повседневной жизни. Такие пациенты обычно страдают от постоянно повторяющихся и истощающих их флэш-бэков, от быстрой и частой реактивации травмы условными стимулами (см. главу 10). Задачи повседневной жизни оказываются для них непомерно сложными.

Основная диссоциативная часть Этти, пациентки с РДИ, пережившей тяжелую травматизацию, могла функционировать лишь на чрезвычайно низком уровне, что, впрочем, требовало от нее неимоверных усилий и приносило сильные страдания. Несмотря на то, что эта часть была опосредована сис-

темами повседневной жизни, она несла в себе множество травматических воспоминаний о фактах психологического насилия со стороны матери. Другие АЛ содержали воспоминания о других травматических ситуациях.

Если травматические события постоянно присутствуют в повседневной жизни ребенка, то системы действий, отвечающие за активность в обыденной жизни, входят в сферу аффективных личностей и, таким образом, оказываются ассоциированными с элементами травматического опыта. Самым распространенным примером является сексуальная поведенческая система, которая, как правило, включена в сферу ВНЛ как части внутреннего мира, ориентированного на нормальную повседневную жизнь. Однако в случае хронической травматизации в детстве эта система может ассоциироваться с АЛ, связанной с сексуальным насилием. Например, своими действиями насильник может возбудить подростка так, что тот испытает оргазм, или стимулировать пробуждающуюся детскую сексуальность настолько часто и интенсивно, что эта система развивается преждевременно и в контексте отношений насилия. Некоторые АЛ развиваются как защита от *реализации* сексуального насилия. Например, они могут настаивать на том, что сами «соблазнили» насильника, что позволяет им представить произошедшее таким образом, как будто бы все происходящее находилось под их контролем и активация их сексуальной системы никак не была связана с каким-либо ущербом для них. Другие АЛ уверены в своей гомосексуальности (даже если ВНЛ имеет гетеросексуальную идентичность) или в том, что их половая идентичность отлична от таковой у других частей личности. По мере взросления ребенок может столкнуться с проблемой спутанности половой идентичности, или гендера, из-за того, что эти АЛ следуют своим сценариям сексуального поведения. Такие АЛ могут оказывать существенное влияние на сексуальную сферу на протяжении всей жизни индивида.

Типы ВНЛ и АЛ

В литературе по РДИ описаны разные типы диссоциативных частей личности (необязательно взаимоисключающие) (например: Boon, Van der Hart, 1995; Kluft, 1984, 1996a; Putnam, 1989; Ross, 1997): 1) хозяин*; 2) детские части; 3) защитники и помощники; 4) внутренний помощник; 5) преследователи** (эти части

* По-видимому, диссоциированная часть личности, которая обозначена здесь как «хозяин» (*англ.* host), у других авторов (см., например: *Патнем Ф.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности. М.: Когито-Центр, 2004) именуется основной или главной альтер-личностью (*main personality – англ.*) в личностной системе индивида с РМЛ (РДИ). – *Прим. науч. ред.*

** Ф. Патнем считает, что враждебность преследующих личностей по отношению к другим диссоциированным частям личностной системы, помимо идентификации с агрессором (или интроекции агрессии насильника), может быть обусловлена иными факторами, например, исключительно индивидуальными мотивами той или иной преследующей личности, которые могут быть вскрыты только в процессе терапии. – *Прим. науч. ред.*

личности связана с интроектом агрессора); 6) суицидальные части; 7) части с гендерной идентичностью, отличающейся от биологического пола индивида; 8) части, ведущие промискуитетный образ жизни; 9) администраторы и обсессивно-компульсивные части; 10) части, злоупотребляющие психоактивными веществами; 11) аутичные части и части с серьезными задержками в развитии; 12) части, обладающие особыми талантами и навыками; 13) части с отсутствующей болевой и сенсорной чувствительностью; 14) имитаторы и самозванцы; 15) демоны и духи; 16) животные и другие предметы, например, деревья; 17) части, идентифицирующие себя с представителями другой расы. Некоторые части – ребенок, агрессор, суицидальная – встречаются чаще других, но все они могут считаться более или менее сложными ВНЛ или АЛ, свойства которых определяются системами действий, опосредующими их функционирование и связанными с определенными психологическими защитами.

Хозяин

В литературе по РДИ часто упоминается личность «хозяина»*, ВНЛ, осуществляющая исполнительный контроль и доминирующая большую часть времени (Braun, 1986; Kluft, 1984a; Putnam, 1989). Ее также называют «исходной» (*original*) личностью. Однако при третичной диссоциации такой исходной личности не существует. Мы утверждаем также, что *хозяин* не является некой недиссоциированной частью личности индивида. Напротив, при разделении личности субъекта в результате структурной диссоциации одна или несколько диссоциативных частей могут считаться «хозяевами». Мы предпочитаем термин ВНЛ, потому что личность-хозяин отвечает за нормальную повседневную жизнь. Знание этой части личности о пережитой травме является неполным, а в некоторых случаях ВНЛ вообще ничего не знает о пережитой индивидом травматизации в прошлом. У некоторых пациентов с РДИ может быть несколько диссоциативных частей, имеющих ключевые позиции в повседневной жизни, и, следовательно, могущих называться *хозяевами,* не владея даже при этом исполнительным контролем чаще и дольше, чем остальные части.

У некоторых пациентов несколько диссоциативных частей могут формировать социальный «фасад», маскирующий нарушения и явные симптомы РДИ (Kluft, 1985, 2006). У Лены было несколько ВНЛ, на которые была возложена эта задача. Все эти части носили имена, которые звучали почти одинаково.

* В своей книге, посвященной истории, диагностике и лечению РМЛ, Ф. Патнем различает главную (*англ.* main) и исходную (*англ.* original) альтер-личности. Главная альтер-личность получила свое название по причине того, что именно эта диссоциативная часть личности чаще и дольше по сравнению с другими альтер-личностями владеет контролем над поведением индивида. Исходная же личность, то есть личность, с которой началось формирование других альтер-личностей, практически никогда не выходит «на поверхность», оставаясь главным образом как бы в состоянии глубокого транса. Исходная личность может быть пробуждена к активности только при экстраординарных обстоятельствах или на завершающих этапах терапии, предшествующих слиянию-интеграции альтер-личностей. – *Прим. науч. ред.*

Слаженные действия этих ВНЛ помогали скрыть глубинную диссоциацию личности Лены. Иногда «основной» личностью может быть ВНЛ с чертами АЛ, что связано с ранним длительным пренебрежением и насилием, помешавшим развитию частей, связанных исключительно с поведенческими системами повседневной жизни и не затронутых системами защиты.

Чаще всего «хозяин» знает кое-что о существовании других частей личности, хотя в этом знании и могут присутствовать амнестические провалы. Впрочем, иногда личность-«хозяин» не догадывается о существовании других диссоциативных частей и страдает от так называемых эпизодов «исчезновения времени», которые связаны с тем, что другие диссоциативные части на время овладевали исполнительным контролем над поведением индивида (Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986). При этом, как отмечает Стерн (Stern, 1984), в большей степени это связано с активным отрицанием со стороны личности-«хозяина» (активная не*реализация*) существования других диссоциативных частей личности, а не с тем, что другие части пытаются «скрыть» от хозяина свое существование. Личность-«хозяин» иногда настолько упорствует в своей «не*реализации*», что, получив неоспоримые доказательства существования других диссоциативных частей, может «сбежать» с терапии.

Детские части личности

Наряду с преследующими частями детские части личности, по-видимому, наиболее часто встречаются в случаях вторичной и третичной диссоциации личности у индивидов, переживших хроническое насилие и пренебрежение в детстве. Детскими частями являются АЛ, которые всегда напуганы и недоверчивы или привязчивы и требовательны. Последние формируются на основе защитной подсистемы крика привязанности, для них характерны дезадаптивная зависимость и ненадежная привязанность (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Обычно круг внимания «детских» АЛ ограничен знаками опасности или привязанности, поэтому терапевт может восприниматься ими как тот, кто угрожает насилием, но также и как источник поддержки, помощи и заботы. Обычно возраст «детских» АЛ соответствует времени травматизации, и они более многочисленны, чем ВНЛ. Их внутреннее противодействие *реализации* может быть настолько сильным, что они могут обладать детской идентичностью. Они могут идеализировать насильника, демонстрируя предельное непонимание смысла того, что с ними когда-то происходило. Бывает так, что некоторые «детские» части личности полагают, что у них другие родители, не те, что у других частей личности. Как правило, им не хватает рассудительности и навыков, необходимых для того, чтобы справляться с ситуациями повседневной жизни.

Некоторые детские части могут быть ВНЛ, чья активность опосредована системами действий, направленных на игру, исследование мира, отношения привязанности. Эти ВНЛ фиксированы на ранних этапах развития данных систем. В норме эти системы действий направляют человека в его физичес-

ком и психическом росте и развитии. Однако некоторые ВНЛ пострадавших от хронической детской травмы могут так и не повзрослеть психологически, остановиться в развитии, застыть в том времени, когда в их повседневной жизни стало присутствовать все больше и больше насилия и пренебрежения. Эти ВНЛ формируют утешительную маскирующую иллюзию, что все идет хорошо и их мир огражден от вторжений суровой действительности, поэтому они могут позволить себе погрузиться в игру или общаться на пределе наивности.

Одна из частей личности Фрэнсис так и звалась – «Игра». Она обожала разные игры, без конца по-детски возбужденно болтала и ненавидела, когда другие части должны были работать, что ей казалось скучным. «Игра» изо всех сил отвергала факт насилия, и если эта тема как-то затрагивалась, то она пуще прежнего принималась болтать о всяких веселых вещах. Высокая степень не*реализации* этой части была очевидна, а игра не только была следствием активации соответствующей системы действий, но и выполняла функцию психологической защиты от *реализации* травматического опыта.

Таким образом, поведение «игровых» частей иногда являются не только следствием активности системы действий игры, но также представляют собой разыгрывание переживания сексуального насилия, которое насильник представлял своей жертве как «игру».

У Лили была детская АЛ, которая во время сеансов терапии хотела только одного – играть. Ее тенденции к действию и сами действия отличались ригидностью и исполняли двойную функцию. Во-первых, это был ее способ получения удовольствия от жизни. Раннее детство пациентки прошло под знаком пренебрежения, ей пришлось пережить длительную госпитализацию. Один из санитаров забирал ее из кроватки для того, чтобы поиграть. Сначала эти игры были для Лили приятными и оказывали на нее благотворное влияние, однако некоторое время спустя игра вылилась в сексуальное насилие. Вторым и менее явным намерением, связанным с играми, было ее стремление отвлечь санитара настоящей игрой, так, чтобы он не возбуждался сексуально. Эту схему она проигрывала и в отношениях с терапевтом-мужчиной.

Защищающие части

Можно выделить два родственных типа АЛ – борющиеся и преследующие диссоциативные части личности, которые, хотя и стремятся играть роль «защитников», часто прибегают к крайне самодеструктивным действиям. К третьему типу диссоциативных частей, исполняющих защитную функцию, относятся те части, которые являются более полезным с практической стороны и действует на стороне индивида в его попытках адаптации к требованиям повседневной жизни, опираясь на более зрелые и функциональные способы

и проявляя при этом много мудрости. Однако обычно части личности, относящиеся к третьему типу, присутствуют лишь в крайне ограниченном сегменте жизни пациента.

Первые два типа являются защитными по своей природе, прочно связанными с защитной подсистемой «борьбы». На них возложено решение задач управления такими сильными аффектами, как ярость и гнев, а также избегание боли, страха и стыда (Van der Hart et al., 1998).Объем и содержание сферы внимания этих частей личности, определяется системами действий, опосредующих активность данных АЛ. Поэтому данные АЛ интересуются только теми стимулами, которые имеют смысл явной или предполагаемой угрозы. Однако эти АЛ, как правило, не способны различить реальную и мнимую угрозу. Процесс генерализации обусловливания приобретает в этих диссоциированных частях такие масштабы, что ответом на самые разные стимулы становится стереотипная и ригидная защитная реакция. Как правило, контакт с терапевтом приводит к активации этих АЛ, так как у них сформирован навык избегания отношений привязанности, зависимости и доверия (Steele et al., 2001). Эти АЛ обычно воспринимают отношения, зависимость и эмоциональные нужды как условные стимулы, связанные с угрозой. Переживание социальных потребностей в сфере межличностных отношений, является для них знаком опасности. Эти части личности обычно полагают, что причиной насилия являются их потребности в любви и заботе, и если бы эти потребности у них отсутствовали, то в их жизни никогда бы не было насилия.

Борющиеся АЛ являются частью защитной подсистемы борьбы и реализуют функцию защиты от внешней и внутренней опасности. У них есть защитные замещающие представления о самих себе: о своей силе, неуязвимости, способности к сильным поступкам, продиктованным яростью и жаждой мести. Часто эти личности идентифицируют себя как «буйного и непокорного» ребенка или подростка или как большого сильного мужчину. В терапевтических отношениях им часто свойственна бравада: «Мне от вас ничего не надо; и им (другим частям) тоже. Оставьте-ка их лучше в покое!»

Имитирующие агрессора АЛ часто воспринимают и ведут себя так же, как и человек, который когда-то в прошлом стал причиной травматизации. Такая «не*реализация»* порой достигает масштабов бредовых построений, однако все это может рассматриваться, по сути, как еще один тип замещающих убеждений. Активность имитирующих агрессора АЛ, как правило, в большей степени направлена вовнутрь. Они реагируют не столько на внешние стимулы, сколько на внутренние события, которые также могут приобретать для них значение угрозы (например, плач АЛ, фиксированной на травматических воспоминаниях). Когда ребенку по тем или иным причинам не удается ментализация намерений и действий насильника, создание его символической репрезентации, происходит «заглатывание», интроекция «плохого» объекта, соответствующего реальной фигуре агрессора. Таким образом, порой в системе диссоциированной личности индивида, перенесшего хроническую

травматизацию в детстве, встречаются АЛ, которые заявляют, что они *являются* тем самым насильником и не имеют ничего общего с жертвой. Эти личности могут перенять и с той или иной степенью точности демонстрировать аффекты и формы поведения насильника. Именно в этом смысле мы можем сказать, что преследующие части с трудом различают внешнюю и внутреннюю реальность. Очень часто эти внутренние агрессоры становятся источником внутренней психической боли, так что насилие, жертвой которого стал в прошлом, продолжается для него в настоящем во внутреннем плане. Имитирующие агрессора АЛ могут также разыгрывать представления о травматическом опыте с точки зрения детской концепции позиции агрессора (например, «Я буду думать и действовать так, как я представляю, как ведет себя и думает мой отец») (ср.: Ross, 1997). Шварц приводит такой пример из материала своего пациента:

> Когда они трахали меня, я стал ими, и мне больше не было больно. Это я, а не они решали, что делать со мной, и такой расклад меня больше устраивал! Теперь, несмотря на то, что я знаю, кто я и что на самом деле со мной тогда происходило, я все же не могу пробиться к тому маленькому мальчику, которому причинили боль. Мне ведь его тогда даже жалко не было (Schwartz, 2000, p. 41).

У этого пациента присутствует определенная степень понимания, что он был жертвой, а не насильником, что пострадал он сам. Однако полной *реализации* не происходит («Я не могу пробиться к тому маленькому мальчику, которому причинили боль»). Подобно реальным насильникам, жертвами которых они стали, преследующие АЛ не обладают навыками регуляции гнева и ярости или боли, стыда, потребностей и страха, с которым во многом связана их враждебность. В терапии перед этими АЛ стоит задача овладения альтернативными насилию навыками совладания с яростью и сильными чувствами.

Борющиеся и преследующие АЛ зачастую доминируют в сознании и яростно атакуют ВНЛ, что выражается в таких саморазрушительных действиях, как нанесение себе ран или промывание желудка и очистка кишечника. Они могут отыгрывать в отношениях с терапевтом и другими людьми эти действия, при этом у ВНЛ может быть либо полная амнезия на эпизоды отыгрывания, либо осознание того, что происходит при отсутствии доступа к исполнительному контролю над поведением индивида.

Другие защищающие части опосредованы системой действий, направленной на осуществление заботы или в более простых случаях представляют собой наблюдающие диссоциативные части личности, которые появились в момент травматического события (или событий) и с тех пор проделали определенный путь развития. Заботящиеся части более активно включены в управление диссоциативной системой личности, впрочем, их возможности могут быть довольно ограниченными. Несмотря на то, что их активность исходно опосредована системой действий по осуществлению заботы, сами они не впол-

не отдают себе отчет в том, что они должны заботиться и о себе, поэтому они быстро истощаются. Их сознание поглощено потребностями других субъектов во внешнем и/или внутреннем мире, поэтому они проявляют мало интереса и способностей к игре, исследованию или общению. Терапевту не следует ставить слишком сильный акцент на работе с этими частями, поскольку это может способствовать фиксации поля сознания пациента на действиях, связанных с системой заботы, пренебрегая при этом действиями, находящимися в ведении других систем действий.

ИСТОКИ ВТОРИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Более сложные и хронические формы диссоциации личности (вторичная и третичная) формируются при ранней тяжелой и хронической травматизации. Теоретически уровень структурной диссоциации личности зависит от сложного взаимодействия между следующими факторами: 1) уровнем развития и соответствующим психическим уровнем индивида; 2) степенью тяжести и длительности травматизации; 3) генетическими факторами уязвимости или устойчивости в отношении психической травматизации; 4) степенью социальной поддержки, в том числе отношений привязанности; 5) нарушениями нормальной интеграции систем действий ребенка, требующей отношений надежной привязанности; 6) нарушением или регрессией в ходе формирования набора психических и поведенческих навыков адаптивного и гибкого совладания со стрессорами, а также с трудностями, возникающими в жизни и в отношениях с другими людьми.

Развитие личности ребенка и незрелость интегративных мозговых структур

Личность маленького ребенка относительно не интегрирована, а интегративные мозговые структуры незрелы (Perry & Pollard, 1998; Teicher, Anderson, Polcari, Anderson & Navalta, 2002). Для формирования такой основы личностной организации, благодаря которой была бы возможна связь между различными аспектами существования развивающегося индивида: системами действий, пространственными и временными координатами, чувством собственного Я – большое значение имеет то, что происходит в первые годы жизни ребенка, и особенно формирование надежной привязанности. Говоря о первичной структурной диссоциации личности, мы допускаем относительную интегрированность психической системы до травматизации. Однако с маленькими детьми дело обстоит иначе.

Мы предполагаем, что вторичная структурная диссоциация может происходить в результате сочетания нескольких факторов, таких как возраст, степень и тяжесть травматизации, отсутствие социальной поддержки, отношения с агрессором, тенденция к избеганию травматических воспоминаний

и, возможно, наследственность (Becker-Blease et al., 2004). Чем старше ребенок при начале травматизации, тем больше вероятность, что его системы действий, отвечающие за повседневную жизнь, будут функционировать согласованно, и, соответственно, тем вероятнее, что структурная диссоциация приведет к формированию у него только одной ВНЛ. Третичная диссоциация личности чаще всего встречается у индивидов с очень ранним опытом травматизации (до 8 лет), когда травмирующие психику ребенка отношения становятся частью его жизни. Это приводит к тому, что структурная диссоциация затрагивает и ВНЛ.

Интенсивность, длительность, повторяемость травматизации и уровень развития

Жане утверждал, что «величина эффекта дезинтеграции травмы определяется ее интенсивностью, длительностью и повторяемостью» (Janet, 1909a, p. 1558). Ференци, как и Жане, пришел у выводу, что тяжелая и хроническая травматизация в детстве приводит к более сложным разделениям личности:

> При увеличении числа шоковых [то есть травматических] событий по ходу развития ребенка, повышается число и разнообразие расщеплений личности, и скоро становится чрезвычайно сложно поддерживать контакт с множеством фрагментов, каждый из которых ведет себя как отдельная личность, при этом даже не знает о существовании других (Ferenczi, 1949, p. 229).

Хотя Ференци и преувеличивает степень неосведомленности диссоциативных частей относительно существования других частей, однако его клинические наблюдения подтверждают, что ранняя травматизация и число травматических событий являются основными факторами развития сложной структурной диссоциации. Данные исследований тяжело травмированных пациентов (Chu & Dill, 1990; Draijer & Boon, 1993; Nijenhuis, 2004; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1998b; Ogawa et al., 1997; Saxe et al., 1993) и пациентов, проходящих медицинское лечение (Nijenhuis, Van Dyck et al., 1999), подтверждают связь между патологическими проявлениями хронической диссоциации, с одной стороны, и ранней и длительной травматизацией, с другой. Также считается, что маленькие дети особенно склонны к перитравматической диссоциации и травматической психопатологии (например: Kluft, 1991; Putnam, 1989, 1997). Таким образом, между тяжелой травматизацией в раннем детстве и наиболее тяжелыми формами диссоциации, которые мы описываем как вторичную и третичную диссоциацию личности, по-видимому, есть устойчивая связь.

Опасные и хронические последствия эмоционального пренебрежения и насилия, к которым относится и структурная диссоциация, широко известны (Cohen, Perel, De Bellis, Friedman & Putnam, 2002). Таким образом, есть связь между выраженностью диссоциативных симптомов, с одной стороны, и тяжестью и повторяемостью травмы сексуального и физического насилия, пре-

небрежения, а также нарушения материнского ухода за ребенком – с другой (Draijer & Langeland, 1999; Macfie, Cicchetti & Toth, 2001a, b).

Дезорганизация привязанности при хронической травме у детей

Тяжелые нарушения привязанности в детском возрасте являются предвестником диссоциативной патологии, в том числе сложной структурной диссоциации личности. Система привязанности, являясь одной из систем действий, в рамках которой формируются мотивы тенденций к действию, все же занимает особое место, так как главным образом благодаря системе привязанности осуществляется согласованное развитие и функционирование всех систем действий, составляющих личность индивида. Например, система привязанности осуществляет контроль за силой реакций на возможную угрозу, так как слишком сильные реакции могут негативно влиять на развитие тех систем действий, которые отвечают за повседневную активность. Согласно мнению Линос-Рут,

> …качество регуляции аффектов страха, испуга и ужаса, доступное ребенку в отношениях привязанности, оказывает решающее влияние на развитие у него способности свободно переключать внимание с оценки возможной угрозы и поиска безопасности на другие задачи развития, – исследование, познание, игру [системы действий повседневной жизни] (Lyons-Ruth, 2003, p. 885).

Благодаря постоянной и согласованной активации нейронные сети, связанные с активностью систем действий повседневной жизни, становятся все более сложными и интерактивными, что помогает формированию целостной личности, вполне приспособленной к жизни среди людей.

Но что происходит, когда в поведении родителей по отношению к детям проявляется враждебность, беспомощность, когда ребенок живет в страхе перед ними? Когда такое поведение родителей постоянно присутствует в их отношениях с ребенком, у ребенка формируется особый стиль привязанности (дезорганизованная/дезориентированная, или Д-привязанность – Howell, 2005; Liotti, 1992, 1995, 1999a, b; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood, 2003, 2005; Main & Morgan, 1996; Schuengel, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 1999). Термин «Д-привязанность» описывает особый паттерн приближения-избегания в поведении маленького ребенка в отношении значимого взрослого, являющегося одновременно источником и безопасности, и угрозы. Проспективные и лонгитюдные исследования показали, что даже при отсутствии опыта хронической психической травмы у ребенка родительский стиль, провоцирующий Д-привязанность, является предиктором диссоциативной симптоматики на разных возрастных стадиях вплоть до подросткового и юношеского возраста (Carlson, 1998; Lyons-Ruth, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood, 2003, 2005; Ogawa et al., 1997). Хотя такое поведение родителей не всегда со-

ответствует формальным критериям жестокого обращения и насилия, все же подобные отношения создают ситуации, для адаптации к которым от ребенка требуется невозможный для него уровень психической эффективности, то есть отношения, в которых ребенок чувствует угрозу, отвержение, огромную дистанцию между собой и взрослым, безучастность взрослого и его беспомощность, являются для него психотравмирующими.

Согласно Лиотти (Liotti, 1992, 1999a), противоречивое поведение, характерное для Д-привязанности, свидетельствуют о существовании нескольких несовместимых «внутренних рабочих моделей» (ВРМ) Я и объекта привязанности, что приводит к нарушениям интегративных процессов в мнестической, аффективной, познавательной сферах и формирования идентичности. Эти внутренние рабочие модели существуют независимо друг от друга и становятся основой для диссоциативных частей личности, имеющих собственные модели самих себя, родителей и других значимых взрослых» (Nijenhuis & Den Boer, 2008).

Когда дети разлучены с теми, кто заботится о них, врожденная система привязанности ребенка инициирует поведенческую и внутреннюю психическую активность, направленную на сближение, преодоление дистанции. Однако сближение с объектом привязанности, который, помимо прочего, пугал ребенка, проявлял к нему пренебрежение и жестокость, может послужить сигналом опасности и, соответственно, активировать подсистемы защиты (бегство, оцепенение, борьба, подчинение). Мы, однако, полагаем, что дезорганизованная привязанность отнюдь не полностью дезорганизована. Конфликт между сближением и избеганием, который ребенок не в состоянии разрешить, приводит к структурной диссоциации между различными частями личности, которые включают в себя тенденции к действию, связанные с особыми стилями ненадежной привязанности и с защитной системой, активируемой в ситуации опасности. Внутренняя организация этих диссоциативных частей определяется характерными для каждой части тенденциями к действию, принадлежащими системам защиты от угрозы или привязанности. Происходящие время от времени переключения между этими конфликтующими частями или вторжения какой-то из них осуществляются вне волевого контроля и без участия сознания, поэтому поведение такого индивида может производить впечатление дезорганизации и дезориентации. Об этой внутренней ситуации можно сказать иначе: системы привязанности и защиты являются вполне организованными, следовательно, и части личности, опосредованные этими системами, отличаются внутренней связностью, упорядоченностью и организацией. Однако связи между самими диссоциативными частями могут быть слабыми или вовсе отсутствовать, поэтому при одновременной активации этих систем у диссоциированного индивида могут наблюдаться признаки дезорганизации/дезориентации внутреннего состояния и поведения.

При хронической детской травматизации действия системы защитных действий, сосредоточенных в АЛ, разворачиваются не изолированно, они

включены в контекст важных и жизненно необходимых отношений с другими людьми, поэтому разные диссоциированные части личности могут содержать в себе разные паттерны привязанности: ненадежной и даже надежной. Согласно нашим наблюдениям, некоторые ВНЛ могут формировать вполне надежную привязанность, тогда как другие части личности продолжают придерживаться ненадежных стилей привязанности, что согласуется с литературными данными, согласно которым у одного индивида может быть надежная привязанность к одним людям и ненадежная – к другим (Main, 1995). Хотя АЛ преимущественно сосредоточены на защите, все же большинство диссоциативных частей, может быть, даже *все* они обладают скрытым или явным паттерном привязанности. В таком случае АЛ формируются не только под влиянием защитных действий, но также и тенденций к действию, задаваемых ненадежной привязанностью, обладающих некоторым сходством с защитными маневрами. К таким тенденциям, например, могут быть отнесены крик привязанности и отчаянный поиск привязанности, борьба и сопротивление привязанности, устойчивые пролонгированные переживания аффекта гнева и состояния дистресса при сепарации (Hesse, 1999), а также избегание привязанности с отказом от контактов с другими людьми (Hesse, 1999). Тенденции к действию, исходящие от системы привязанности АЛ, сформированных в результате травматизации в контексте межличностных отношений, будут отличаться, скорее всего, от тенденций к действию АЛ, сформированных при переживании других психотравмирующих событий, например, вследствие стихийного бедствия. Если первые связаны с тенденциями ненадежной привязанности наряду с защитными стратегиями, то вторые полностью сосредоточены на защите.

Внимательное наблюдение за характерными схемами и последовательностью переключений между диссоциативными частями, а также формами поведения, связанными с конкретными стилями привязанности, поможет распознать скрытую организацию различных паттернов привязанности, которые часто коррелируют с защитными тенденциями к действию. Например, АЛ, в которой доминирует борьба и сопротивление привязанности, всегда сменяет АЛ, которая отчаянно ищет отношения привязанности, чтобы обрести защиту. В другом случае на смену ВНЛ, обладающей более надежным стилем привязанности и стремящейся углубить отношения, может прийти убегающая АЛ, избегающая привязанности.

Ограничения репертуара ментальных и поведенческих навыков

Люди, выросшие в ситуации хронического насилия и пренебрежения, часто имеют глубинные нарушения в управлении аффектом, некоторых физиологических процессов, чувства Я и других аспектов функционирования, требующих постоянной регуляции, координации и связности (Siegel, 1999; Solomon & Siegel, 2003; Van der Kolk et al., 1996; Van der Kolk et al., 1996). Им недостает

навыков разумного понимания, рефлексии, межличностных отношений, регуляции аффекта, толерантности к дистрессу, различения внутренней и внешней реальности, переживания одиночества, самоутешения, регуляции агрессии, застенчивости, других социальных эмоций (стыда, вины, растерянности, унижения); способности размышлять, а не просто реагировать, способности поставить себя на место другого, чувства и мысли которого могут отличаться от их собственных (Fonagy & Target, 1997; Gold, 2000; Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990; Van der Kolk, Pelcovitz et al., 1996). К тому же они испытывают серьезные проблемы физиологической регуляции, среди которых основными являются гипо- и гипервозбуждение (Ogden & Minton, 2000; Ogden, Minton & Pain, 2006; Perry, 1999; Van der Kolk, 1994).

Надежная привязанность в детстве является основанием для формирования навыков саморегуляции (Cassidy, 1994; Fosha, 2001; Schore, 2002; Siegel, 1999). Именно внимание к потребностям ребенка и забота со стороны взрослых создают необходимые условия для формирования тех нейронных структур мозга ребенка, которые отвечают за регуляцию аффекта и физиологического возбуждения (Polan & Hofer, 1999). Утрата привязанности (близости) к матери (Bowlby, 1969/1982) и утрата (физиологических) регуляторных функций, которые формируются на основе особых нейронных систем ребенка благодаря правильному уходу и заботе о нем, вызывают состояние паники как реакцию на сепарацию (Polan & Hofer, 1999). Если состояние паники возникает регулярно, то это становится дезорганизующим фактором в развитии личности ребенка. Постоянное отсутствие объекта, который обеспечивал бы регуляцию извне в сочетании с переживанием травматических событий и страха, вызванного угрозой и опасностью, делает ребенка беззащитным перед бурными эмоциями, так как он не получает помощи в их регуляции и переработке (Van der Kolk, 2003).

РЕЗЮМЕ

Третичная диссоциация личности представляет собой самый сложный уровень структурной диссоциации и встречается во многих случаях РДИ. Хотя DSM-IV описывает «диссоциативные идентичности» как довольно сложные и автономные, даже в самых тяжелых случаях РДИ есть довольно примитивные АЛ, похожие на более простые АЛ, которые формируются при первичной и вторичной диссоциации личности. При третичной диссоциации каждая ВНЛ ограничена функциями и потребностями определенной (под)системы действий, так что целостность и единство личности становятся трудно достижимыми. Хроническая травматизация в раннем возрасте, когда интегративные возможности невелики, приводит к тому, что диссоциативные системы повседневной жизни распределяются среди разных ВНЛ. Формирование новых ВНЛ при РДИ может продолжаться и вне связи с психотравмирующими переживаниями, например, когда в жизни возникают ситуации, для решения

которых отсутствуют необходимые ресурсы, когда нарастает внутренний хаос из-за конфликтов между разными диссоциативными частями личности; когда происходит постоянная реактивация травматических воспоминаний; а также из-за низкого психического уровня. Чем сложнее структурная диссоциация, тем вероятнее сепарация и автономное функционирование одной или нескольких частей личности.

ГЛАВА 5

Симптомы расстройств, вызванных психической травмой, в свете теории структурной диссоциации

> Факт фрагментации очевиднее всего выступает в случае малых диссоциаций, приводящих к таким нарушениям, как анестезия конечности. Но, получив подтверждение присутствия вторичного сознания в этих случаях, оказывается, что мы имеем дело не просто с совокупностью ощущений, но с мыслящим целеустремленным деятелем, с субъектом, обладающим собственным я…
>
> *Уильям Макдугалл* (McDougall, 1926, p. 543)

Клиническая картина последствий психической травмы отличается богатством симптоматики. Даже симптомы пациентов с «простым» ПТСР часто выходят за пределы знаменитой триады ПТСР: симптомов вторжения, избегания/блокирования эмоциональных реакций, повышенной физиологической реактивности (Kessler et al., 1995). Авторитетные в области травмы авторы предполагают, что множественная симптоматика этих пациентов не имеет отношения к коморбидным диагнозам, а отражает сложные соматические, когнитивные, аффективные и поведенческие последствия психологической травмы (например: Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1996; Van der Kolk, Pelcovitz et al., 1996; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Не исключено, что в будущем могут быть описаны еще более сложные расстройства с еще более разнообразной симптоматикой (Bremner et al., 1998; Moreau & Zisook, 2002).

К сожалению, в настоящее время отсутствует теоретический подход, который позволил бы охватить и объяснить, исходя из единой системы посылок, все многообразие проявлений последствий психической травмы. Между тем отсутствие теоретической ясности в понимании воздействия травматизации затрудняет диагностику связанных с ней расстройств.

ПУТАНИЦА В ОТНОШЕНИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Сегодня диссоциация рассматривается не как основа организации симптомо-комплексов при травме, а как один из множества симптомов. Поэтому в случаях «умеренной» диссоциативной симптоматики клиницисты, которые не уделяют диссоциации должного внимания, могут столкнуться с трудностями в понимании других симптомов, таких как более сложные формы поведения, связанные с химической зависимостью, трудностями регуляции аффектов, хроническими нарушениями взаимоотношений, которые могут иметь диссоциативную природу. Кроме того, природа диссоциации такова, что некоторые симптомы могут быть не только не очевидны при поверхностном наблюдении, но и намеренно скрываться пациентом в случае, если, например, он испытывает чувства страха или стыда (Kluft, 1987b, 1996b; Loewenstein, 1991; Steinberg, 1995).

В литературе нет единого мнения насчет того, какие симптомы могут рассматриваться как диссоциативные, и имеет ли термин *диссоциация* одно и то же значение в рамках разных диагностических категорий (Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Эта путаница связана с тремя проблемами: 1) включения симптомов, связанных с измененными состояниями сознания в понятие диссоциации; 2) ограничения структурной диссоциации личности рамками одной-единственной диагностической категории расстройства диссоциированной идентичности (РДИ); 3) сложностью определения, может ли некий симптом считаться признаком структурной диссоциации или нет.

Во-первых, симптомы изменения уровня и поля сознания лишь относительно недавно были добавлены к понятию диссоциации, которое прежде понималось исключительно как разделение личности. Например, такие состояния измененного сознания, как «прострация» (spacing out) и абсорбция, в настоящее время отнесены к кругу диссоциативных феноменов, хотя они встречаются практически у всех, могут рассматриваться как нормативные (если являются преходящими и умеренными по выраженности) и, как правило, не связаны непосредственно со структурной диссоциацией личности (Steele et al., 2009). Такая путаница мешает достижению согласия относительно того, какие симптомы и расстройства принадлежат к области травматической диссоциации, а какие нет (ср.: Brunet et al., 2001; Cardeña, 1994; Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999).

Вторая проблема состоит в произвольном ограничении представлений о диссоциации как разделении внутри личности только лишь кругом феноменов некоторых диссоциативных расстройств, в особенности РДИ. Диссоциация при других расстройствах – ПТСР или пограничном расстройстве личности – представлена в литературе как нечто совершенно отличное от диссоциации при РДИ. Хотя идея диссоциативного континуума нормы-патологии уже поставлена под вопрос (например: Waller, Putnam & Carlson, 1996), все же нет

согласия в том, что все диссоциативные симптомы являются проявлениями структурного разделения личности той или иной степени.

Третья проблема заключается в трудности оценки, связан ли феномен с проявлением структурной диссоциации, то есть является диссоциативным симптомом или нет. Например, патологическая забывчивость может быть частью клинической картины деменции, опухоли мозга; признаком истощения, интоксикации или принадлежать к кругу явлений структурной диссоциации. Аналогичным образом, сильно отличающиеся паттерны самовосприятия могут быть связаны с тяжелой депрессией, истощением, интоксикацией или структурной диссоциацией. Чтобы доказать, что эти симптомы являются проявлением структурной диссоциации, надо показать, что одна часть личности обладает воспоминаниями или переживаниями, отсутствующими у другой.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

В современной литературе отсутствует единый перечень диссоциативных симптомов. Многочисленные работы, затрагивающие вопрос о диссоциативных симптомах, особенно в литературе по ПТСР, обращаются только к *негативным диссоциативным симптомам,* связанным с утратой ментальных действий (ощущений, аффектов, воспоминаний) и психических функций, таких как способность сосредотачиваться на настоящем или контролировать свое поведение. Между тем, обладающие той же природой *позитивные диссоциативные симптомы,* такие как вторжения травматических воспоминаний и голосов, упоминаются редко и главным образом в отношении пациентов с РДИ. В негативных диссоциативных симптомах отражена такая внутренняя ситуация, когда некие психические или физические явления не доступны одной или нескольким частям личности, но доступны другим. Таким образом, наличие этих симптомов не означает полного выпадения какой-то функции, как это бывает, например, при полном забывании, которое затрагивает всю личность, а не отдельные ее части. В случае диссоциативной амнезии доступ к определенному сегменту воспоминаний будет принадлежать одной диссоциативной части личности и отсутствовать у другой.

В истории психиатрии и психологии позитивные и негативные диссоциативные симптомы, как правило, четко разделялись (Janet, 1901/1977, 1907, 1909b; Myers, 1916a, b, 1940). Впрочем, так было не всегда. На протяжении нескольких десятилетий, предшествующих 1980-м годам, казалось, вообще пропал интерес к проблеме диссоциации, поэтому о диссоциативной симптоматике как таковой упоминали все реже и реже (Nijenhuis & Van der Hart, 1999b; Van der Hart & Friedman, 1989; Van der Hart et al., 2000). Жане (Janet, 1901/1977) считал *негативные* симптомы более стойкими и долговременными. Пользуясь нашей терминологией, можно сказать, что негативные диссоциативные

симптомы принадлежат ВНЛ, которая обладает исполнительным контролем большую часть времени.

Манифестация *позитивных* диссоциативных симптомов связана с вторжением аффективной части личности (АЛ) в ВНЛ. Однако в более сложных случаях диссоциации вторжение может происходить по линии взаимодействия между разными АЛ, а в случае РДИ – по линии взаимодействия между ВНЛ. Наконец, крайнее выражение позитивной диссоциативной симптоматики будет иметь место в том случае, когда одна диссоциативная часть личности, например, АЛ, перехватывает полный исполнительный контроль у другой части, например, ВНЛ. Таким образом, позитивные симптомы могут быть охарактеризованы как вторжение в одну из частей личности или прерывание ее активности элементами психического содержания или поведения, которые принадлежат какой-то другой диссоциированной части личности (или нескольким частям). В позитивных симптомах могут быть представлены отдельные воспоминания, которые находятся в распоряжении других частей, а также «голоса», намерения, восприятия, эмоции, знания или формы поведения тех или иных диссоциативных частей личности.

Некоторые авторы признают диссоциативную природу явлений вторжения и смены исполнительного контроля (например: Butler et al., 1996; Nijenhuis & Van der Hart, 1999a; Pope & Brown, 1996; Spiegel, 1993; Van der Hart et al., 2000; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). В DSM-IV также указывается на то, что повторное проживание травмы может происходить в «диссоциативном состоянии» (APA, 1994, p. 424), а «диссоциативные флэш-беки» включены в состав одного из критериев ПТСР (p. 428). Несмотря на это, однако, многие авторы, кажется, не поддерживают идею позитивных диссоциативных симптомов, таких, например, как вторжение травматических воспоминаний (например: Harvey & Bryant, 1999a; Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999; Perry, 1994, 1999; Schore, 2002).

Наряду с разграничением симптомов структурной диссоциации на позитивные и негативные, их можно также подразделить на ментальные (то есть *психоформные диссоциативные симптомы*) и телесные (*соматоформные диссоциативные симптомы* – Nijenhuis, 2004; Nijenhuis et al., 1996). Психоформные и соматоформные симптомы диссоциации тесно взаимосвязаны (Dell, 2002; El-Hage et al., 2002; Nijenhuis et al., 1996; Nijenhuis et al., 1999; Nijenhuis et al., 2004; Şar, et al., 2000; Waller et al., 2001). Симптомы, принадлежащие этим группам, являются проявлениями структурной диссоциации, так как они могут проявляться только у одной части личности и отсутствовать у других.

Подводя итог, можно сказать, что диссоциативные симптомы все еще не получили достаточно точного и строгого описания в *современной* литературе. Более согласованное и глубокое понимание диссоциации может быть достигнуто на основе учета как позитивных, так и и негативных симптомов, то есть как симптомов вторжения, так и симптомов, связанных с выпадением функций.

Негативные психоформные диссоциативные симптомы

К категории негативных психоформных диссоциативных симптомов относят утрату способности воспроизведения некоторых воспоминаний (амнезию), утрату способности переживания и экспрессии аффекта (блокирование эмоциональных реакций), утрату способностей к критическому и последовательному мышлению, утрату потребностей, желаний и фантазий, нарушения когнитивного функционирования, утрату навыков. Наблюдающиеся при ПТСР избегание, состояния изоляции и другие проявления блокирования эмоциональных реакций часто относят к негативной диссоциативной симптоматике. Они также встречаются при других диссоциативных расстройствах и принадлежат ВНЛ. Негативные диссоциативные симптомы могут преобладать и у некоторых АЛ, фиксированных на реакциях гипоактивности или абсолютного подчинения. Эти части могут испытывать эмоциональную (и сенсорную) анестезию, утрату критического мышления, навыков, моторных функций (соматоформные диссоциативные симптомы описаны ниже).

Диссоциативная амнезия. Амнезию можно считать диссоциативной при наличии признаков структурной диссоциации: информация доступна одной части личности и не доступна другой. Некоторые данные показывают, что диссоциативная амнезия характерна для детской хронической травмы, особенно для пациентов, которые стали жертвой насилия со стороны близких родственников или тех, кто заботился и осуществлял уход за ними в детстве (Freyd, 1996). Диссоциативная амнезия является одним из основных симптомов РДИ у взрослых и детей (Boon & Draijer, 1993; Dell, 2002; Hornstein & Putnam, 1992; Steinberg et al., 1994). Она также может встречаться при НДР (Boon & Draijer, 1993; Coons,1992), сложном ПТСР (Pelcovitz et al., 1997), и «простом» ПТСР (Bremner et al., 1993). У некоторых людей диссоциативная амнезия возникает сразу же после переживания травмы (Van der Hart & Nijenhuis, 2001), у других – через некоторое время, а в некоторых случаях этот симптом попеременно усиливается и ослабевает, что может быть связано с чередованием между амнестичной и неамнестичной частями личности.

Диссоциативная амнезия имеет разные степени выраженности. Например, человеку может быть трудно вспомнить какие-то аспекты события или в воспоминании может отсутствовать чувство личной отнесенности («это было, но не со *мной»*). Диссоциативная амнезия является отдельным расстройством (APA, 1994; Loewenstein, 1996; Van der Hart & Nijenhuis, 2001). DSM-IV (APA, 1994) выделяет следующие типы диссоциативной амнезии, опираясь на работы Жане (Janet, 1901/1977): локальная, избирательная, общая, континуальная и систематическая амнезия.

При *локальной амнезии* человек не может вспомнить события, происшедшие в определенный период времени, обычно первые несколько часов после завершения события, которое вызвало эмоциональное потрясение, шок (APA, 1994). Сандра, пережившая изнасилование в 19-летнем возрасте, не могла вспомнить, как она избавилась от насильника, как добралась домой, хотя

помнила почти все, что происходило во время сексуального насилия. Локальная амнезия встречается при кратковременных событиях (единичном травматическом событии).

При *избирательной амнезии* человек помнит лишь некоторые события в рамках определенного временного периода (APA, 1994). Пострадавший нередко помнит практически все, что происходило во время травматического события, за исключением некоторого патогенного ядра или «горячей точки» (Brewin, 2003). Тина помнила, как дядя домогался ее, но лишь в терапии к ней вернулось воспоминание о том, как он убил ее домашнего питомца, пытаясь запугать ее и заставить молчать.

Систематическая амнезия представляет собой утрату способности воспроизведения определенного типа информации, например, всех воспоминаний, связанных с семьей или определенным человеком (APA, 1994).

При *генерализованной амнезии* невозможность припоминания распространяется на всю жизнь человека (APA, 1994; Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Это амнезия по типу «Джона Доу»*, когда человек понятия не имеет, кто он, откуда, когда у него нет доступа к общей информации о себе и своей жизни. Этот тип диссоциативной амнезии встречается довольно редко.

И наконец, DSM-IV определяет *континуальную амнезию* как отсутствие доступа к воспоминаниям о событиях, начиная с определенного времени и до настоящего момента. Это крайне редкая форма диссоциативной амнезии, вызванная переживаниями совершенно непереносимых для человека событий (Janet, 1893/1898d, 1901/1977).

В некоторых случаях диссоциативной амнезии пациенты не осознают, что они утратили способность воспроизводить какую-то часть своих воспоминаний, это так называемая «амнезия амнезии» (Culpin, 1931; Janet, 1901/1977; Kluft, 1988; Loewenstein, 1991). Только в ходе тщательного исследования и полного восстановления после расстройства (Nijenhuis et al., 2004) они начинают понимать, насколько они были ограничены в доступе к своим вопоминаниям. Многие из наших пациентов лишь ретроспективно осознали степень своей амнезии.

Нарушение критической функции. Критическое мышление предполагает способность к различению деталей и нюансов, часто нарушенную у пациентов, переживших травму. Они склонны к большей по сравнению с нормой глобализации реакций и идей (например: Wenninger & Ehlers, 1998). Такого рода тенденции могут принадлежать одной и более диссоциативным частям личности. Некоторым диссоциативным частям трудно мыслить рационально, логично и ясно. Другие прекрасно рассуждают о таких вопросах, как работа, однако не могут применить тот же логичный и рациональный подход в отношении к другим частями личности или определенным формам поведения,

---

* Джон Доу – так в англоязычных СМИ называют человека, чью идентичность не удается установить или же пожелавшего остаться неизвестным. Часто в медицинских и полицейских отчетах под этим именем значится неопознанное тело мужчины. – *Прим. пер.*

таким как самоповреждение. Критические способности могут быть доступны одним частям личности (например, мудрой наблюдающей части – Krakauer, 2001) и недоступны другим.

Нарушения когнитивного функционирования. Во многих работах описаны нарушения когнитивных функций у травмированных детей (Moradi et al., 1999) и взрослых (Jenkins et al., 2000; Vasterling et al., 1998), в том числе нарушения памяти, концентрации внимания, планирования, суждения. Явные когнитивные дисфункции наблюдаются примерно у трети жертв хронической травмы (например: Golier et al., 2002). Хотя иногда эти нарушения связаны с мозговой дисфункцией при травматических расстройствах, они, как правило, не зависят от интеллектуального функционирования (Buckley et al., 2000; Vasterling et al., 2002).

Выраженные колебания знаний и навыков у травмированных детей (Putnam, 1997) и взрослых (Boon & Draijer, 1993; Steinberg et al., 1994), трудности с научением на опыте (Putnam et al., 1993) часто связаны с переходом исполнительного контроля от одной диссоциированной части личности к другой. Например, у многих ВНЛ наблюдается некоторая степень деперсонализации, что коррелирует с проблемами с концентрацией внимания (Guralnik et al., 2000).

Утрата способности переживать и выражать аффект. Нарушение регуляции аффекта является распространенной проблемой при разных расстройствах, в частности, травматических (Ford et al., 2005; Van der Kolk, 1996; Van der Kolk et al., 1996). Нарушение регуляции аффекта при структурной диссоциации может быть связано с переключениями между диссоциативными частями личности, носителями разных аффектов. Аффекты, разнесенные по разным частям личности, остаются неинтегрированными и немодулированными (Van der Hart et al., 2005). Снижение экспрессии аффекта часто присутствует у пациентов, страдающих от последствий психической травмы и также может быть связано со структурной диссоциацией. Так, ВНЛ пациентов, переживших травму, часто демонстрируют симптомы блокирования эмоциональных реакций, жалуются, что мир как бы утратил объемность и стал плоским, а сами они ощущают себя зомби, картонной фигуркой или роботом. У них могут отсутствовать какие-либо эмоции по поводу собственного травматического опыта (например, при полном подчинении).

В качестве одной из наиболее распространенных форм деперсонализации, которая наблюдается у индивидов, переживших разные виды травмы (например: Cardeña & Spiegel, 1993; Carrion & Steiner, 2000; Darves-Bornoz et al., 1999; Harvey & Bryant, 1998), а также в случаях основных травматических расстройств (Boon & Draijer, 1993; Bremner et al., 1993; Dell, 2002; Harvey & Bryant, 1998; Steinberg et al., 1994), упоминается диссоциация между наблюдающей АЛ (с ее утратой аффектов) и переживающей АЛ.

Утрата потребностей, желаний и фантазий. Диссоциация, проявляющая себя в состояниях блокирования эмоциональных реакций и отчужденности у ВНЛ жертв травмы, часто направлена не только на болезненные

эмоции, но и на потребности (например, в привязанности) или желания (скажем, тоска по хорошим родителям), которые также могут стать источником страданий. Многие жертвы хронической травмы детства испытывают сильнейшую амбивалентность в отношении привязанности и зависимости. Эти потребности обычно принадлежат детским АЛ, что позволяет ВНЛ пациента пребывать в убеждении, что он или она не нуждается в отношениях зависимости (Steele et al., 2001).

Негативные соматоформные диссоциативные симптомы

Клинические данные, накопленные в XIX веке и в начале XX века, убедительно свидетельствуют о том, что структурная диссоциация проявляется также в физических симптомах и изменениях телесных функций (например: Janet, 1889, 1901, 1909b; McDougall, 1926; Myers, 1940; Nijenhuis & Van der Hart, 1999b; Van der Hart et al., 2000). Современные эмпирические исследования подтверждают этот вывод (El-Hage et al., 2002; Nijenhuis, Spinhoven et al., 1996; Nijenhuis, Quak et al., 1999; Şar et al., 2000; Waller et al., 2001). Некоторые соматоформные диссоциативные симптомы входят в диагностическую категорию МКБ-10 диссоциативных расстройств моторики и чувственного восприятия (WHO, 1992). Однако МКБ-10 ставит акцент на негативных соматоформных диссоциативных симптомах и игнорирует позитивные, такие как диссоциативные боли и тики (Nijenhuis et al., 1996; Van der Hart et al., 2000). Негативные соматоформные диссоциативные симптомы характерны в основном для ВНЛ, но могут встречаться и у АЛ, фиксированных на реакции оцепенения и поведении полного подчинения. К этим симптомам относятся утрата моторных функций, в том числе моторных навыков, а также ощущений, которые в норме присутствуют или к которым человек имеет доступ.

Утрата моторных функций. К утрате моторного и сенсорного контроля, которая может иметь преходящий или более пролонгированный характер, относятся: частичный или полный паралич конечностей или всего тела, контрактуры, нарушения координации, каталепсия (внезапная и общая утрата мышечного напряжения), а также потеря слуха, обоняния, вкуса, зрения и речи. Эти симптомы часто имеют диссоциативную природу и могут быть связаны с травмой. Например, у солдат Первой мировой войны часто встречались диссоциативные контрактуры (ср.: Van der Hart et al., 2000), которые наблюдают также у жертв хронического жестокого обращения в детском возрасте.

> Мэри (ВНЛ) – пациентка в возрасте 24 лет с диагнозом РДИ и чрезвычайно сильной склонностью к суициду и самоповреждениям. Она так же страдала тяжелой контрактурой правой руки с тех пор, как повредила запястье во время дорожно-транспортного происшествия, когда в возрасте 17 лет она пыталась покончить жизнь самоубийством, бросившись под автомобиль. На одном из сеансов терапевт спросил, существует ли какая-то часть

ее самой (то есть диссоциативная часть), которая по каким-то причинам нуждается в том, чтобы скованность в руке сохранялась. Мэри согласилась, что такое вполне может быть. Когда терапевт предложил той части пациентки, о существовании которой он еще не знал наверняка, вступить с ним в разговор, появилась грустная, депрессивная АЛ, которая лелеяла мечты о самоубийстве. Именно эта АЛ, стремясь получить облегчение от мук одиночества, бросилась под машину. Сохранение контрактуры на правой руке означало для нее, что какая-то ее часть уже мертва. Кроме того, физическое недомогание, боль было легче переносить, чем боль одиночества.

Утрата моторных функций и ощущений также может происходить и у АЛ жертв травмы, внутренние реакции и поведение которых ограничены паттернами оцепенениям и подчинения. АЛ с преобладающей реакцией оцепенения очень часто не в состоянии совершить какое-то внешнее действие, движение даже в ситуации, которая кажется им угрожающей и вызывает у них сильное чувство страха. Состояние оцепенения, о котором пациенты говорят как о состоянии предельной закрытости, отчуждения от окружающего мира, эмоциональной или физической нечувствительности, отсутствия всякого побуждения двигаться или думать, следует отличать от подчинения. В состоянии оцепенения мышцы становятся слабыми и вялыми, а части тела могут временно оставаться в фиксированных положениях. Такие симптомы, как телесная анестезия, аналгезия и торможение моторных функций, оказываются наиболее сильными предикторами сложных диссоциативных расстройств по сравнению с другими симптомами, принадлежащими кластеру соматоформных диссоциативных симптомов (Nijenhuis et al., 1998).

Утрата способности исполнения навыков. Утрата способности исполнения навыков связана не только с отсутствием определенных психических, но также и поведенческих действий. Когда некая АЛ сменяет ВНЛ и овладевает полным исполнительным контролем, то внешнему наблюдателю может показаться, что индивид утратил навыки повседневной жизни, которые принадлежат его ВНЛ. АЛ жертв ранней травмы часто признаются в том, что понятия не имеют, как готовить пищу, заботиться о детях, справляться с рабочими обязанностями. Так как АЛ на протяжении долгого времени лишены доступа к необходимым навыкам, остающимся в ведении ВНЛ, то они чувствуют себя неприспособленными к повседневной жизни, подавленными обыденными делами, для которых у них нет необходимых ресурсов.

Утрата телесной чувствительности. Утрата или снижение чувствительности – частое явление у переживших травму людей. Спектр явлений анестезии может быть довольно широким – более или менее глубокая утрата телесных ощущений, в том числе тактильного чувства, ощущений давления, температуры, боли (аналгезия), движения, возбуждения, в том числе сексуального и других физических сигналов, таких как голод или усталость. Нарушения чувствительности могут вызвать симптомы деперсонализации, такие,

например, как переживание тела (или его части) как постороннего объекта. К другим проявлениям утраты ощущений относятся частичная или полная потеря слуха, зрения (например, туннельное зрение), вкуса и обоняния.

Позитивные психоформные диссоциативные симптомы

Если смысл негативной диссоциативной симптоматики можно передать формулой «лучше знать меньше» (или «лучше вообще ничего не знать»), то позитивные симптомы выступают как «очень сильное» переживание и несут с собой «много» знания (Janet, 1904/1983b, 1911/1983c). К позитивным симптомам относятся симптомы вторжения при ПТСР и других травматических расстройствах. Как правило, внутренняя динамика таких симптомов сводится к вторжениям АЛ в ВНЛ, а также чередованию ВНЛ и АЛ. Например, фиксированная на воспоминаниях определенных аспектов травматического события АЛ может вторгаться в ВНЛ, тогда ВНЛ становятся доступны те же воспоминания и эмоции, что и АЛ, при этом у ВНЛ отсутствует ясное понимание происходящего с ней во время таких вторжений, так как, с одной стороны, ВНЛ не владеет автобиографической памятью о травматическом событии, а с другой – не может найти связи между вторжениями АЛ и контекстом настоящего. При всех формах структурной диссоциации возможны вторжения АЛ в ВНЛ, и наоборот.

Симптомы Шнайдера. Явления, в основе которых лежат вторжения одной диссоциативной части в другую, часто истолковывается клиницистами как один из одиннадцати симптомов шизофрении первого ранга Шнайдера (Boon & Draijer, 1993; Ellason & Ross, 1995; Kluft, 1987a; Loewenstein, 1991a; Ross & Joshi, 1992; Ross et al., 1990). К этим симптомам относятся: галлюцинации, такие как слышание голосов в форме диалога и/или комментирующих мысли и поступки субъекта, вторгающиеся образы травматического события, сделанные мысли, отнятие мыслей, бредовое восприятие. Другие симптомы Шнайдера в большей степени обладают сходством с позитивными соматоформными диссоциативными симптомами (см. ниже). Симптомы Шнайдера обычно переживаются как эго-дистонные и имеющие причину скорее во внутренних событиях, чем во внешних. Отличие голосов при структурной диссоциации от тех, что описаны Шнайдером у больных шизофренией, состоит в том, что при диссоциации голоса могут вступать в беседу с терапевтом и с другими частями личности пациента, тогда как для голосов при шизофрении свойственны фиксированные и повторяющиеся паттерны, они не могут участвовать в каких-либо отношениях.

В относительно простых случаях структурной диссоциации голоса могут ограничиваться содержанием травматического события (например, это может быть голос плачущего ребенка или ребенка, умоляющего: «Пожалуйста, больше не надо!», или голос насильника: «Если ты расскажешь кому-нибудь об этом, я тебя убью»). С повышением сложности структурной диссоциации и по мере развития отношений между частями *одной* личности, круг тем, затрагиваемых «голосами» может значительно расшириться, включая и собы-

тия настоящего. Например, АЛ может критически комментировать любое действие ВНЛ: «И почему ты ничего не можешь сделать хорошо?» Или разные АЛ могут переговариваться друг с другом, что создает у ВНЛ ощущение хаотичной фоновой «болтовни» и вызывает сильное смятение. Некоторые части могут комментировать свое появление на работе с комментариями типа: «Ну и скукотища!», тогда как другие ВНЛ могут, напротив, подбадривать: «Давай, смелей, ты справишься с этим!»

Довольно часто у пациентов со структурной диссоциацией появляется чувство, как будто бы мысли «вкладываются» или «вынимаются» из их головы (сделанные мысли и отнятие мыслей). Обычно это переживает часть личности, обладающая на тот момент исполнительным контролем (например, ВНЛ), а то, что переживается ей как сделанность или отнятие мыслей, связано с активностью другой диссоциативной части. Софи говорила: «Мысли, которые попадают в мою голову, можно сравнить с подброшенным кем-то яйцом, и я не знаю, что мне с ними делать. Мне остается только попытаться как-то разбираться с тем, что туда попадает, но ведь это даже не мои мысли!».

У пациентов с диссоциацией может также встречаться и бредовое мышление, однако более серьезную проблему чаще всего представляет вызванное диссоциацией формирование ложных убеждений.

Когнитивные оценки. Диссоциативные части могут существенно расходится между собой в мировоззрении, чувстве Я и обладать разными системами убеждений. Таким образом, чередование частей личности чревато серьезной путаницей, так как личности, приходящие на смену друг другу, приносят с собой порой совершенно противоположные когнитивные оценки и восприятия людей, ситуаций и самих себя.

Фантазии и «грезы наяву». *Предрасположенность* к фантазированию связана у этих пациентов с недостатком критической функции, что может рассматриваться как негативный диссоциативный симптом, если это наблюдается не у всех диссоциативных частей, а только у некоторых или одной. Однако погруженность в фантазии может быть рассмотрена и как позитивный симптомом. Например, ВНЛ может фантазировать по поводу своего счастливого детства, хотя оно отнюдь и не было таковым.

Изменения в отношениях с другими. Диссоциативные симптомы могут проявляться и в контексте межличностных отношений. Например, ВНЛ пациента может чувствовать тесную связь с другим человеком, быть высокого мнения о нем, и хорошо относиться к нему. Однако АЛ этого пациента может испытывать страх близости с тем же человеком и относиться к нему с подозрением и враждебностью. Когда происходит вторжение или чередование между ВНЛ и АЛ, индивид, переживший травму, может демонстрировать то, что называется дезорганизованным стилем привязанности (Liotti, 1999a; Main & Morgan, 1996).

Изменения в аффективной сфере. Перемены настроения и нарушения регуляции аффектов часто встречаются при сложном ПТСР (Chu, 1998a; Ford

et al., 2005; Schore, 2003b; Van der Kolk et al., 1996) и диссоциативных расстройствах (ср.: Cardeña & Spiegel, 1996; Chu, 1998a), что часто связано со структурной диссоциацией. Например, аффект, который обычно отсутствует у ВНЛ, может внезапно и неожиданно вторгнуться в повседневную жизнь через АЛ, которая повторно проживает бурные эмоции, связанные с травмой (Chefetz, 2000). Кроме того, резкая смена аффектов (а также сопутствующих им мыслей, ощущений и форм поведения) может быть результатом переключений между разными диссоциативными частями личности, у которых доминируют те или иные аффекты и импульсы. Резкие смены аффекта могут происходить в рамках одной (или более) части личности в силу ограниченной толерантности к стрессу у данной диссоциативной части (Nijenhuis et al., 2002).

Позитивные соматоформные диссоциативные симптомы

Позитивные соматоформные диссоциативные симптомы представляют собой внешние проявления активации или вторжения особых ощущений и других элементов восприятия, моторных и поведенческих действий принадлежащих отдельным частям личности (Janet, 1907, 1909b; Butler et al., 1996; Nijenhuis & Van der Hart, 1999b; Van der Hart et al., 2000). К позитивным диссоциативным симптомам относятся болевые синдромы, целенаправленные поведенческие акты, повторяющиеся неконтролируемые движения, такие как тики, тремор, паралич; адекватные или искаженные сенсорные элементы (зрительные, тактильные, слуховые, вкусовые, обонятельные). Ревиктимизация может быть рассмотрена как позитивный диссоциативный симптом, при котором диссоциативные части личности, фиксированные на реакции абсолютного подчинения, оказываются реактивированы и овладевают полным контролем над сознанием и поведением.

Симптомы Шнайдера. Кроме прочих, в группу позитивных соматоформных диссоциативных симптомов входят и некоторые симптомы Шнайдера первого ранга: переживания телесного воздействия, как, например, ощущение, что тело субъекта находится под чьим-то контролем, а также воздействия в области эмоций, стремлений и желаний. Как и для других симптомов этой группы, в основе динамики такого рода явлений лежит вторжение одной диссоциативной части в другую. Вторжение травматических воспоминаний обычно имеет сенсорную составляющую. Оживление травматического переживания прошлого может, например, сопровождаться ощущениями сжатия горла руками другого человека, или собственных связанных рук, или приближения кого-то, подкрадывающегося сзади. Некоторые нарушения зрительного восприятия также могут быть связаны с повторным проживанием травматического опыта, например, вторгающийся образ из прошлого – лицо насильника (или иные аспекты травматического события) – может накладываться на реальный образ терапевта в настоящем (или обстановку терапевтического кабинета). Позитивные соматоформные симптомы в виде искажений вос-

приятия и сенсорных галлюцинаций также могут быть связаны с вторжением сенсорных элементов травматического опыта (например, воспоминаний о запахе алкоголя или спермы).

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РАЗНЫХ ДИССОЦИАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Хотя для простоты изложения мы разграничили негативные и позитивные, соматоформные и психоформные симптомы, в нашей практике мы встречаем эти симптомы в разных комбинациях в клинической картине расстройства реального пациента. Позитивные и негативные симптомы могут сменять друг друга или присутствовать одновременно. Так, например, позитивный симптом в аффективной сфере, представляющий собой вторжение сильного аффекта, сменяется негативным симптомом (блокирование эмоциональной реакции). Так как аффект связан с поведением, то диссоциированному аффекту также могут соответствовать и соматоформные диссоциативные симптомы. Например, диссоциативная часть, испытывающая ярость, может нанести удар по стене (позитивный соматоформный симптом). Другая диссоциативная часть, сменившая предыдущую, ничего не знает об аффекте ярости (негативный психоформный симптом) и утверждает: «Я не била об стенку, просто рука затекла» (негативный соматоформный симптом).

Большая выраженность (частота и интенсивность) негативных симптомов обычно связана с тем, что именно ВНЛ чаще и дольше других диссоциативных частей владеют исполнительным контролем. Для ВНЛ более характерна негативная диссоциативная симптоматика, тогда как позитивные симптомы ВНЛ связаны с относительно редкими спорадическими вторжениями АЛ. Однако в некоторых случаях и позитивные симптомы становятся более стойкими, резко контрастируя с контекстом повседневной жизни. Когда это происходит, ВНЛ становится менее эффективной из-за частых вторжений АЛ. Кроме того, постепенно в ходе терапии, по мере того как все части личности начинают чувствовать себя в безопасности в кабинете терапевта, все большее число АЛ могут пожелать вступить в контакт с терапевтом, что также может привести к увеличению частоты и интенсивности явлений вторжения. В таблице 5.1 приведен обзор диссоциативных симптомов: негативных и позитивных, психоморфных и соматоформных.

ИЗМЕНЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Когда в 1970–1980-х диссоциация была открыта повторно (например: Hilgard, 1977), область диссоциативных явлений была расширена за счет симптомов, которые преимущественно затрагивали сферу внимания, в том числе наблюдающихся при гипнозе, такие как абсорбция, грезы наяву, поглощенность фантазией, измененное чувство времени, трансовое поведение и так называемый

Таблица 5.1

Феноменологическая классификация диссоциативных симптомов (Nijenhuis, 2004; Van der Hart et al., 2000)

Симптомы	Психоформные диссоциативные симптомы	Соматоформные диссоциативные симптомы
Негативные	Потеря памяти: диссоциативная амнезия Деперсонализация, включающая разделение между переживающей и наблюдающей частями личности Утрата аффекта: эмоциональная анестезия Утрата черт характера	Потеря ощущений: анестезия (все сенсорные модальности) Утрата болевой чувствительности: аналгезия Утрата моторных функций, то есть утрата способности двигаться (как при каталепсии), говорить, глотать и пр.
Позитивные	Психоформные симптомы вторжения (симптомы Шнайдера): слышание голосов, «сделанные» эмоции, мысли, идеи Психоформные аспекты повторного проживания травматических событий, например, конкретные визуальные и слуховые восприятия, аффекты и идеи Психоформные аспекты чередований диссоциативных частей личности Психоформные аспекты диссоциативного психоза (расстройства, связанного с долгой активацией психотической диссоциативной части)	Соматоформные симптомы вторжения, такие как «сделанные» ощущения и движения (например, тики) Ложные (псевдо) припадки Соматоформные аспекты повторного проживания травматических событий, например, связанные с травмой ощущения и движения Соматоформные аспекты чередований диссоциативных частей личности Соматоформные аспекты диссоциативного психоза

дорожный транс (например: Bernstein & Putnam, 1986; Hilgard, 1977; Ray & Faith, 1995; Ross, 1996; Putnam, 1997). К изменениям сознания может быть отнесен широкий спектр состояний и симптомов, распространенных как в норме, так и при патологии (например: Carlson, 1994; Coons, 1996), в отличие от структурной диссоциации, которая определяется нами только как непосредственная реакция и последствие при психической травме.

Изменения сознания, если это не выходит за определенные рамки, необходимы для решения задач адаптации. Такие изменения в рамках нормы всегда происходят в повседневной жизни каждого человека. Для того чтобы какая-либо система действий могла развернуть ту или иную тенденцию к действию, например, выполнить работу или позаботиться о другом человеке, требуется адаптивное сужение поля сознания, фокусировка внимания. Активация других систем действий, таких, например, как системы регуляции энергии, требует снижения уровня сознания для отдыха и сна.

Для прояснения различия между структурной диссоциацией и изменением сознания вернемся к определению *истерии,* данному Жане (термина, издавна используемого для обобщенного обозначения диссоциативных расстройств). Жане определял истерию как «форму *психической подавленности, депрессии,* характеризующуюся *сужением поля сознания* и тенденцией к *диссоциации* и *самостоятельному развитию систем идей и функций,* составляющих личность» (Janet, 1907, p. 332; курсив авторов). (Под «психической депрессией» Жане понимал не нарушения в аффективной сфере, а скорее снижение уровня психической эффективности.) Очевидно, что для Жане диссоциативные явления и изменение (сужение) сознания не были рядоположенными, однако он отмечал, что все эти состояния могут встречаться у индивидов, переживших психическую травму.

Поле сознания

Поле сознания определяется через *количество* стимулов, которые одновременно могут осознаваться индивидом. Оно варьирует от очень широкого до чрезвычайно узкого, так что в данный момент времени индивид может осознавать много разных вещей или почти ничего. Не вся воспринятая информация доступна для воспроизведения, поскольку невозможно и, с точки зрения адаптации, нет необходимости в том, чтобы сохранять свободный доступ к воспоминаниям о каждом воспринятом стимуле (Luria, 1968). Все же иногда мы можем «вместить» больше, иногда – меньше. Иногда мы можем произвольно менять поле нашего сознания в результате намеренной концентрации внимания, управляемого воображения и медитации. В другое время нам трудно управлять нашим вниманием, трудно сосредоточиться. Так происходит, например, когда мы устали, расстроены, находимся под влиянием сильного стресса, погружены в наши фантазии; или сидим, уставившись в стену напротив, не ощущая течения времени.

Сужение поля сознания, или сужение внимания, свойственно как ВНЛ, так и АЛ. Однако, хотя сужение и другие изменения сознания могут сопровождать структурную диссоциацию и нарушение интеграции, эти явления также могут происходить в тех случаях, когда структурная диссоциация отсутствует. Дело в том, что ментальные действия, лежащие в основе изменений состояния сознания, принципиально отличны от тех, что составляют основу структурной диссоциации. При структурной диссоциации части личности способны создавать и воспроизводить эпизодические и семантические воспоминания, по крайней мере, в отношении некоторых переживаний или фактов. Эти воспоминания могут быть доступны или недоступны другим диссоциативным частям. Между тем изменения сознания обычно связаны с *неудачей* формирования эпизодических и семантических воспоминаний, и это верно для *всех* диссоциативных частей (Holmes et al., 2005; Janet, 1907; Myers, 1940; Steele et al., in press; Van der Hart et al., 2000).

Уровень сознания

Уровень сознания может варьировать от очень высокого до очень низкого. Высокий уровень может выражаться, например, в повышенной бдительности, когда пациент (или какая-то часть его личности) фиксирован на поиске возможных источников опасности даже в тех случаях, когда для этого нет оснований. Снижение уровня сознания соотносится со снижением *качества психических и поведенческих действий,* неспособностью к адекватному восприятию и последующему запоминанию важных переживаний и фактов независимо от объема поля сознания. Снижение уровня сознания сопровождает такие часто встречающиеся явления, как проблемы с концентрацией внимания из-за усталости, тревоги или болезни, а также симптомы деперсонализации, такие как ощущения нереальности самого себя, состояние спутанности, отстраненности или отчужденности, дереализация и нарушение восприятия времени (Allen, Console & Lewis, 1999; Van der Hart & Steele, 1997). При некоторых неврологических заболеваниях и травмах головного мозга, а также тяжелых соматических заболеваниях (например, при печеночной недостаточности) уровень сознания может понижаться вплоть то состояния ступора и комы. В случаях устойчивого и значительного снижения уровня сознания мы обязательно должны учитывать вероятность влияния органического фактора.

Поле и уровень сознания взаимосвязаны. Так, при концентрации внимания отмечено сочетание высокого уровня сознания и произвольное сужение его поля. Восприимчивости и отзывчивости соответствует высокий уровень сознания, при этом поле сознания может быть широким или узким. Низкий уровень сознания при широком или узком поле приводит к состояниям прострации или сонливости, транса или отстраненности.

Изменения сознания в норме и патологии

В литературе изменения сознания обычно относят к «нормативным проявлениям диссоциации», «непатологической диссоциации», «умеренной диссоциации» или «слабой диссоциации» (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson, 1994; Prince, 1927; Putnam, 1991). Однако изменения сознания могут происходить и без структурной диссоциации, поэтому мы относим их к иной категории. Состояния с высоким или низким уровнем сознания могут иметь отношение к патологии, если им свойственны чрезмерность, высокая частота и ригидность. Например, в ситуации угрозы резкое повышение уровеня сознания с одновременным его сужением (так как внимание главным образом сосредоточено на угрожающих стимулах) будет вполне адаптивным. Однако в ситуациях повседневной жизни при отсутствии угрозы такие состояния будут уже дезадаптивными, так как фокус внимания сосредоточен исключительно на стимулах предполагаемой опасности при игнорировании (полном или частичном) других важных стимулов. Если же в угрожающей ситуации человек не способен достичь высокого уровня сознания и достаточной широты его по-

ля, как это бывает в случае реакции абсолютного подчинения, то иные возможные пути преодоления опасной ситуации могут остаться незамеченными. В обычной жизни, находясь, например, на рабочем месте, желательно обладать высоким уровнем и относительно суженным полем сознания, что помогает решению насущных задач.

Некоторые люди, перед тем, как утром включиться в ритм повседневных забот, испытывают потребность какое-то время просто посидеть, «уставившись в одну точку». В данном случае снижение уровня сознания и сужение его поля являются нормативными и сопровождают обычный переход от сна к бодрствованию и обратно. Однако такое состояние будет патологическим, если человек сидит, уставившись в одну точку, в течение многих часов и при этом не может сам произвольно выйти из этого состояния. Грезы представляют собой нормальное явление здоровой психики до тех, впрочем, пределов, пока человек полностью не ушел в мир своих фантазий, часами предаваясь снам наяву, пренебрегая насущными делами повседневной жизни (Somer, 2002). Уровень внимания обычно колеблется в течение дня; периоды высокой концентрации могут перемежаться с периодами рассеянности и усталости. Произвольное использование трансовых состояний для отдыха и релаксации помогает адаптации, тогда как состояние прострации обычно дезадаптивно, хотя оно часто наблюдается при усталости, болезни, стрессе и так распространено, что стало предметом многих шуток и анекдотов. Более серьезное снижение уровня сознания связано с определенного рода трансом, чувством пребывания в «другом мире». Оно типично для взрослых, переживших в детстве насилие и пренебрежение.

Утрата способности всеми частями личности вспомнить какие-то факты или переживания, когда индивид непосредственно испытывает жестокое обращение, была охарактеризована как «диссоциация контекста» (Butler, Duran et al., 1996) или «диссоциативное отчуждение» (Allen, Console & Lewis, 1999; Holmes et al., 2005). Эта так называемая «диссоциация» происходит в ситуациях, когда человек настолько потрясен, ошеломлен или пребывает в такой прострации, что оказывается не в состоянии что-либо воспринимать и вспоминать. Однако, как отмечалось выше, структурная диссоциация не является единственной причиной нарушений памяти. Иногда эти нарушения носят адаптивный характер, так как в данной конкретной ситуации это помогает индивиду справиться со стрессом или травматическим переживанием.

> У Мэри, женщины с историей жестокого обращения в детстве, были большие лакуны в воспоминаниях о ее ранних годах. У нее была выявлена вторичная структурная диссоциация, но даже после интеграции всех частей личности доступ ко многим из ее детских воспоминаний был заблокирован. Из ее рассказов о том, как она пыталась справиться с непереносимой жизнью в детстве, стало ясно, что многое из того, что с ней происходило, просто не было запечатлено в ее памяти. Она говорила: «Люди считали

меня не от мира сего. Я с головой ушла в чтение книг. Я старалась не обращать ни на что внимания, просто фокусироваться на том, что было передо мной. Я никогда не могла вспомнить подробности того, что со мной происходило. Иногда, когда я смотрела телевизор или читала книгу, я буквально ощущала стену между собой и остальным миром. Мне не нужно было знать, что происходит по ту сторону стены».

Изменения сознания ВНЛ и АЛ

Проявления патологии при изменениях поля и уровня сознания могут иметь разную выраженность у разных диссоциативных частей личности индивида, перенесшего психическую травму, особенно это относится к АЛ. Так, одна часть остается крайне пассивной и невосприимчивой, тогда как другая может быть в состоянии готовности и чутко следит за происходящим. Одна часть может пребывать во власти травматических воспоминаний, тогда как другая сосредоточена на решении самых разных задач повседневной жизни. Хотя и ВНЛ и АЛ могут обладать некоторым знанием друг о друге, они все же будут избегать любого напоминания о других частях. Сужение сознания поможет им в том, чтобы игнорировать любой намек на проявления активности каких-либо диссоциативных частей (см. главу 10).

Этти, пациентку с РДИ, не оставляли в покое голоса преследующих АЛ ее личности. Она пыталась заглушать, игнорировать их, включая телевизор, радио и CD-плеер одновременно, а затем пытаясь следить за партией какого-то одного инструмента в музыкальных произведениях, прослушивая музыкальную запись. Это является примером умышленного и чрезвычайно сильного сужения поля сознания.

Изменения сознания во время травмы

Во время травматического события могут происходить непроизвольные серьезные изменения сознания. Эти изменения могут быть связаны с разными причинами и структурная диссоциация является одной из них. Между тем, методики, направленные на оценку перитравматической диссоциации (например: Marmar et al., 1994), содержат пункты с описаниями внешних признаков сужения и снижения уровня сознания. Однако, как отмечалось выше, эти явления не всегда связаны со структурной диссоциацией.

Повышенная бдительность и физиологическая реактивность, сопровождающие переживание психической травмы, требуют от индивида большого расхода сил и энергии, истощая его ресурсы, что может вести к значительному падению уровня сознания во время и сразу после события. Это явление часто отмечалось в описаниях случаев военного невроза во время Первой мировой войны (например: Culpin, 1931; Léri, 1918; Myers, 1940). Майерс, например, писал, что непосредственно после травматического события наблюдается «определенная утрата сознания. Но она может варьировать от очень легкого,

мимолетного, практически незаметного головокружения или „замутнения“ до глубокого и длительного бессознательного состояния» (1940, p. 66).

Наши пациенты, перенесшие в детстве психическую травму длительного жестокого обращения, часто рассказывали о состояниях резкого снижения уровня сознания сразу после эпизодов насилия, которые были похожи на посттравматические состояния ветеранов Первой мировой войны. Эти пациенты часто вспоминали о том, как они прятались в чулане или другом «безопасном месте», забирались с головой под одеяло, «отключались» от того, что с ними происходило, «утрачивали способность думать», не могли сосредоточиться, «погружались в мир фантазии», «тонули во тьме», «блокировали телесные ощущения», «находились в прострации».

Изменения сознания и диссоциативные симптомы: результаты исследований

Данные исследований подтверждают тот факт, что сужение и снижение уровня сознания не относятся к кругу диссоциативных явлений, хотя часто сопровождают диссоциацию. Так, анализ данных, полученных при помощи Опросника диссоциации (Dissociation Questionnaire; DIS-Q; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1993), показывает низкие значения коэффициентов корреляции между абсорбцией (изменением сознания) и другими факторами опросника, описывающими структурную диссоциацию (амнезия, фрагментация идентичности, утрата контроля). Показатели пациентов с диссоциативными расстройствами по Опроснику соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire; SDQ-20; Nijenhuis et al., 1996) также показали более низкую корреляцию с фактором абсорбции в DIS-Q по сравнению с другими факторами этого опросника.

В Шкалу диссоциативных переживаний (Dissociative Experiences scale, DES; Bernstein & Putnam, 1986)* вошли пункты, которые описывают как «непатологические», так и «патологические» диссоциативные феномены (Waller et al., 1996). Как мы уже отмечали, «непатологические» состояния, такие как абсорбция и погруженность в образы фантазии, не связаны со структурной диссоциацией, тогда как «патологические» пункты DES *действительно* описывают явления структурной диссоциации. Результаты исследования Уоллера, Патнема и Карлсон (Waller et al., 1996) показали, что пункты DES, направленные на оценку «патологической» диссоциации, являются более эффективными по сравнению с общим баллом DES при определении индивидов с хронической диссоциацией. В этих пунктах, объединенных в субшкалу DES-T (здесь «Т» означает «таксон»), приведены описания клинических форм диссоциации, среди них отсутствуют «непатологические» пункты, касающиеся измененных

---

* Шкала диссоциации – русскоязычный адаптированный вариант DES (см.: *Агарков В. А., Тарабрина Н. В.* Шкала диссоциации (Dissociarion Experience Scale – DES) // Тарабрина Н. В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н. В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2001. С. 197–208). – *Прим. науч. ред.*

состояний сознания. DES-T лучше предсказывает по сравнению с DES не только НДР и РДИ, но и расстройство деперсонализации (Simeon et al., 1998). Эти авторы (Waller et al., 1996) пришли к выводу, что полученные ими результаты подтверждают представление Жане о том, что «существует две категории индивидов: у одних есть хронические диссоциативные состояния, тогда как у индивидов, относящихся к другому типу – нет» (Waller et al., 1996, p. 315). Хотя DES-T измеряет проявления структурной диссоциации несколько лучше, чем DES, на показатели DES-T могут оказывать влияние изменения сознания при ответах на вопросы этой методики самоотчета (Levin & Sprei, 2003).

Другие исследования показывают, что изменения сознания не специфичны исключительно для пациентов с травмой, но встречаются при разных психических расстройствах. Ливитт (Leavitt, 2001) привел данные, согласно которым изменения сознания распространены среди пациентов с разными расстройствами, не обязательно этиологически связанными с психической травмой. Он также пришел к выводу, что степень патологичности изменений сознания, по-видимому, связана с более общей психопатологией, а не диссоциацией как таковой. Так, большинство людей с изменениями сознания не страдают структурной диссоциацией, но у большинства пациентов со структурной диссоциацией наблюдаются также патологические изменения сознания. Изменения сознания являются, таким образом, *важным, но не специфичным* признаком структурной диссоциации, то есть присутствие этих состояний может указывать на возможную структурную диссоциацию, но не служит прямым ее индикатором. Наконец, по крайней мере, в одном исследовании показано, что симптомы структурной, или «патологической», диссоциации связаны с травматизацией, тогда как для явлений изменения сознания такой связи выявлено не было (Irwin, 1999).

Итак, изменения сознания встречаются у пациентов с самыми разными психическими расстройствами. Изменения сознания далеко не всегда являются проявлениями структурной диссоциации, однако могут сосуществовать с ней. Клиницист, наблюдающий у своего пациента устойчивые явления изменений сознания (особенно патологических), должен быть особенно внимательным и исследовать возможность структурной диссоциации.

Деперсонализация и дереализация

Особенную трудность представляет вопрос определения, относятся или нет деперсонализация и дереализация к структурной диссоциации, так как эти термины используют для описания очень разных феноменов. Ранее мы говорили о наблюдающей и переживающей АЛ, что представляет собой очевидное проявление структурной диссоциации, которое может быть обозначено термином «деперсонализация» (ср.: Putnam, 1993; Steinberg, 1995). Однако в современной литературе описаны и другие феномены, которые также соотносятся с категорией деперсонализации, связанные, однако, с явлениями изменения сознания и не обязательно предполагающие структурную диссоциацию.

К этим феноменам относятся, например, чувство отстраненности или отчужденности собственного Я, чувство нереальности, например, жизни как во сне, изменения схемы тела или галлюцинации связанные с телесной сферой (Spiegel & Cardeña, 1991; Steinberg, 1995). Дереализация предполагает чувство нереальности и непривычности обычного окружения, искаженного восприятия пространства и времени (Steinberg, 1995). Поскольку эти изменения сознания могут происходить независимо от структурной диссоциации, они не могут быть отнесены к диссоциативным без соответствующего исследования.

Деперсонализация и дереализация наблюдаются в клинической картине практически всех психиатрических расстройств, а также у подавляющего большинства из «неклинической» популяции (Aderibigbe et al., 2001). По частоте жалоб среди психиатрических пациентов деперсонализация/дереализация стоит на третьем месте после тревоги и депрессии (Cattell & Cattell, 1974). Как психиатрические симптомы с выраженностью от умеренной до тяжелой эти состояния встречаются при тревожных расстройствах, депрессии, шизофрении, злоупотреблении психоактивными веществами, пограничном расстройстве личности, пароксизмальных расстройствах, а также диссоциативных расстройствах (Boon & Draijer, 1993; Dell, 2002; Steinberg, 1995). Эти состояния наблюдаются в норме при стрессе, гипнагогических состояниях, переутомлении, болезни, медитации, алкогольной или наркотической интоксикации. Обычно переживание деперсонализации и дереализации воспринимается как неприятное.

Очевидно, что симптомы деперсонализации являются ключевыми при расстройстве деперсонализации (Guralnik et al., 2000). Деперсонализация часто встречается у индивидов, которые пережили разные типы психических травм (например: Cardeña & Spiegel, 1993; Carrion & Steiner, 2000; Darves-Bornoz et al., 1999; Harvey & Bryant, 1998) и которые страдают разными травматическими расстройствами: от ОСР (Harvey & Bryant, 1998, 1999) и ПТСР (Bremner et al., 1993) до сложных диссоциативных расстройств (Boon & Draijer, 1993; Dell, 2002; Steinberg et al., 1994). Многие диссоциативные части личности переживают симптомы деперсонализации (Van der Hart & Steele, 1997).

Всегда, сколько она себя помнила, жизнь Ханни сопровождали симптомы деперсонализации, и она считала это нормой. Однако какие-либо свидетельства структурной диссоциации ее личности отсутствовали. Несмотря на то, что Ханни проходила долгосрочную психотерапию, ее состояния деперсонализации не претерпевали каких-либо изменений. Так продолжалось, пока не проявилась АЛ – «маленькая девочка». Когда терапевт обратился к ВНЛ Ханни с просьбой сконцентрировать внимание на том, как она ощущает свое тело, Ханни заметила, что область таза ощущается ей как холодная и как бы находящаяся на большой дистанции. Тогда терапевт предложил Ханни согреть эту часть ее тела и установить с ней контакт. Когда ей удалось это сделать, возник образ маленькой девочки. Первоначально

отношение АЛ к Ханни было исполнено отвержения. Позднее она обвиняла Ханни в том, что та забыла о ней и не хотела ничего знать о насилии и пренебрежении, которое ей довелось испытать. «Маленькая девочка» хранила воспоминания о случае инцеста со стороны отца и эмоционального отвержения, игнорирования эгоистичной матерью. Симптомы деперсонализации прекратились, когда Ханни удалось принять и впоследствии интегрировать «маленькую девочку» с ее воспоминаниями.

В работе с пациентом, имеющим эти симптомы, очень важно разобраться, связана ли деперсонализация и дереализация со структурной диссоциацией или нет, так как от этого зависит выбор терапевтических интервенций (Allen et al., 1999).

РЕЗЮМЕ

Отсутствие психической проработки («не*реализация*») травмы, точнее, структурная диссоциация личности, проявляется в целом спектре психических и физических симптомов, разнообразие и несхожесть которых может создать ложное впечатление о принципиальном отличии природы этих симптомов. Симптомы структурной диссоциации можно разделить на негативные и позитивные, а также на психоформные и соматоформные. Эти симптомы отличаются от изменений сознания, например, как «прострации» («spacing out»), однако патологические формы измененного сознания часто сопровождают структурную диссоциацию. Многочисленные симптомы, обычно не считающиеся диссоциативными, могут быть свойственны одним частям личности и отсутствовать у других – суицидальность, злоупотребление ПАВ, самоповреждение, промискуитет. Хотя теория дает четкое определение различий между диссоциативными и недиссоциативными симптомами, на практике бывает довольно сложно оценить статус конкретного симптома. Симптом может считаться диссоциативным только в том случае, если найдены доказательства существования диссоциативных частей личности, а также того, что данный симптом принадлежит одной части личности и отсутствует у других.

ГЛАВА 6

Структурная диссоциация и спектр травматических расстройств

> Истории детской травмы не редки среди пациентов с диагнозами пограничного личностного расстройства, аффективных расстройств, соматизированного расстройства, самоповреждения, расстройств пищевого поведения, злоупотребления психоактивными веществами… Общим центральным элементом всех этих расстройств является диссоциация.
>
> *Александр МакФарлэйн и Бессель ван дер Колк*
> (McFarlane, Van der Kolk, 1996, p. 570)

Понимание роли структурной диссоциации личности при травматических расстройствах помогает клиницистам и исследователям осмыслить возможные взаимосвязи между самыми разными симптомами и так называемыми коморбидными расстройствами, встречающимися у многих пациентов, страдающих от последствий психической травмы. Коморбидность у таких пациентов обычно сильно выражена и являет собой сложную картину. Представляется маловероятным, чтобы эти многочисленные коморбидные симптомы и расстройства не представляли собой неотъемлемой части *одного* посттравматического синдрома при условии, конечно, что они появились строго после травматического события. Мы предполагаем, что общим для всех и основным фактором в данном случае является структурная диссоциация.

Некоторые эксперты в области травмы полагают, что перечень травматических расстройств в DSM-IV и МКБ-10 является неполным. Поэтому разные авторы выступили с предложениями о введении новых диагностических категорий, например, сложного ПТСР, кроме того, была предпринята попытка описания ряда симптомов (Van der Kolk, 1996) и расстройств (Bremner et al., 1998; Moreau, Zisook, 2002), имеющих отношение к травме. Концепция структурной диссоциации, объясняющая разнообразие диссоциативных феноменов, могла бы занять важное место базового принципа в теории травматических расстройств.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Существует целый ряд травматических расстройств. И хотя лишь несколько психических расстройств в DSM-IV напрямую связываются с травматизацией, эмпирические данные показывают, что среди пациентов с психическими расстройствами многие, а в некоторых случаях практически все сообщают о травматизации. Многие из этих расстройств в значительной степени сопряжены с коморбидной патологией, которая описана в DSM-IV как дополнительные характеристики или расстройства. Общность травматических расстройств может рассматриваться с точки зрения как коморбидности, так и структурной диссоциации.

Острое стрессовое расстройство

В DSM-IV есть только два диагноза, критерии которых содержат упоминание о том, что психотравмирующая ситуация была пережита индивидом с позиции непосредственного участника или наблюдателя. К этим диагностическим категориям относятся острое стрессовое расстройство (ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Оба эти диагноза принадлежат к группе тревожных расстройств (Bryant, Harvey, 2000). ОСР продолжается от двух дней до четырех недель и начинается не позже, чем через четыре недели после травматического события. Если симптомы сохраняются спустя четыре недели, ставится диагноз ПТСР. В связи с этим некоторые авторы полагают, что нет смысла выделять ОСР как самостоятельное расстройство и предлагают рассматривать ОСР как вариант ПТСР (например: Marshall, Spitzer, Liebowitz, 1999). Вне зависимости от решения вопроса о самостоятельности ОСР как диагностической категории оно является предиктором последующего ПТСР (Brewin et al., 1999; Classen et al., 1998; Grieger et al., 2000; Harvey, Bryant, 1998).

Хотя ОСР относится к ряду тревожных расстройств, один из его критериев содержит описание *диссоциативных* симптомов и считается выполненным, если признаны клинически значимыми хотя бы три симптома из нижеперечисленных: субъективное чувство оцепенения, отстраненности или отсутствия эмоций; ослабление осознанного восприятия окружения (например, переживание эмоционального шока); дереализация; деперсонализация; диссоциативная амнезия. Однако, как отмечалось в 5 главе, снижение осознания окружающей реальности не всегда имеет диссоциативную природу, так как связано главным образом с изменениями уровня и поля сознания. Это верно и в отношении самых разных симптомов, которые обычно объединяют под рубрикой «деперсонализация» или «дереализация». Таким образом, хотя при постановке диагноза ОСР необходимо учитывать присутствие симптомов, формальное описание которых соответствует определению негативных диссоциативных симптомов, все же не все эти симптомы могут быть признаны диссоциативными. По сути, появление диагноза ОСР ставит психотравматологов перед необходимостью разрешения проблемы путаницы в определениях

диссоциации (например: Harvey & Bryant, 1999b; Holmes et al., 2005; Marshall et al., 1998. Вместе с тем необходимо отметить, что обязательное требование в DSM-IV присутствия диссоциативной симптоматики для постановки диагноза ОСР косвенно свидетельствует о роли диссоциации как основного механизма этого расстройства.

К другим симптомам ОСР, включенным в обязательные диагностические критерии этого расстройства, относятся устойчивые симптомы *повторного проживания,* выраженное *избегание стимулов, связанных с травмой, высокий уровень физиологической реактивности или тревожность.* Ранее мы обосновали нашу точку зрения, согласно которой симптомы вторжения могут быть отнесены к группе позитивных диссоциативных симптомов, а причиной симптомов физиологической реактивности может быть активность диссоциативных частей личности. *Таким образом, постановка диагноза ОСР требует учета как негативных, так и позитивных диссоциативных симптомов.*

В простых случаях ОСР можно говорить, вероятно, о структурной диссоциации, при которой в личности индивида присутствует довольно простая АЛ, а ВНЛ вбирает в себя всю дотравматическую личность индивида. В течение нескольких недель после травмы большинству удается интегрировать эти две части личности и преодолеть ОСР. Однако значимая часть индивидов, переживших травму, не справляется с этой внутренней задачей, и тогда ОСР переходит в ПСТР. Отсутствие проработки («не*реализация*») травматического опыта может также лежать в основе таких сопутствующих черт ОСР, как чувство отчаяния, вины, безнадежности (например, препятствующее восстановлению после травмы хроническое горе, с которым АЛ не может справиться), импульсивные и рискованные формы поведения (например, позитивные симптомы АЛ).

При сложных случаях ОСР может быть несколько простых АЛ. Иначе говоря, простые случаи ОСР связаны с первичной, а сложные – с вторичной диссоциацией личности. Например, при сложном ОСР у пострадавшего могут сформироваться две АЛ, активность которых протекает либо параллельно (переживающая и наблюдающая), либо последовательно (например, одна фиксирована на реакции оцепенения, другая – на абсолютном подчинении). Иногда симптомы ОСР появляются в ответ на переживание события, в котором угроза представлена не в явном виде, а только обозначена. При этом, однако, происходит реактивация воспоминаний о прошлых травматических переживаниях индивида (см. феномен двойной эмоции, описанный в главе 5), которая играет главную роль в формировании посттравматических симптомов, хотя это часто остается незамеченным. В этих случаях травматическое расстройство будет более сложным.

Посттравматическое стрессовое расстройство

ПТСР определяется как острое при продолжительности менее трех месяцев, как хроническое, если симптомы сохраняются три и более месяца, и отсроченное при появлении симптомов как минимум через полгода после травма-

тического события. Кроме переживания потенциально психотравмирующего события, для постановки диагноза ПТСР также требуется присутствие *стойких проявлений повторного проживания травматической ситуации* (критерий B), *стойкого избегания* (критерий C), *постоянно повышенного уровня физиологической реактивности* (критерий D), также требуется, чтобы симптомы наблюдались в течение более месяца (критерий E) (APA, 1994). Мы считаем, что повторное проживание травматического опыта, а также некоторые проявления избегания и физиологической реактивности по своей природе являются диссоциативными, так что ПТСР может рассматриваться в качестве диссоциативного расстройства, как это и предлагалось ранее (Brett, 1996; Chu, 1998a; Van der Hart et al., 2004).

Согласно теории структурной диссоциации личности, при ПТСР выраженность диссоциативных симптомов и их относительная доля в общей клинической картине должны быть ниже по сравнению с сложным ПТСР и РДИ. Действительно, данные исследований показывают, что значения показателей методик, оценивающих диссоциацию, у пациентов с ПТСР ниже, чем у пациентов с диссоциативными расстройствами DSM-IV, однако значимо выше, чем у испытуемых без ПТСР (например: Bremner et al., 1992; El-Hage et al., 2002; Espirito Santo & Pio-Abreu, 2007).

У большинства пациентов с ПТСР (около 80%), помимо проявлений повторного проживания, избегания и физиологической реактивности, присутствуют самые разные коморбидные симптомы или они получают дополнительный *диагноз* какого-либо расстройства (например: Van der Kolk et al., 2005). К числу коморбидных ПТСР относятся симптомы тревожных расстройств, расстройств настроения, злоупотребление психоактивными веществами (McFarlane, 2000), диссоциативных расстройств (например: Johnson et al., 2001), соматические жалобы (например:Van der Kolk et al., 1996), синдром дефицита внимания/гиперактивности (Ford et al., 2000), личностные изменения и расстройства (Southwick et al., 1993). Дополнительные симптомы и расстройства бывают настолько выражены, что могут отвлечь внимание терапевта или исследователя от проблем, связанных с последствиями травматизации (Van der Kolk & McFarlane, 1996).

Сложное ПТСР

Среди «сопутствующих описательных признаков» простого ПТСР, приведенных в DSM-IV, есть много симптомов сложного ПТСР (Herman, 1992a, 1993), известного также как неуточненная реакция на тяжелый стресс (disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS; Ford, 1999; Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997; Van der Kolk et al., 2005). Это расстройство изначально определялось как расстройство длительного тяжелого стресса, особенно при детском насилии. Некоторые авторы используют термин «*хронический ПТСР*» в тех случаях, когда более уместным был бы термин «*сложный ПТСР*» (например: Bremner et al., 1996; Feeny et al., 2002). Большинство пациентов со сложным ПТСР в детстве пережили хроническую психическую травму в контексте от-

ношений с важным взрослым (Bremner et al., 1993; Breslau et al., 1999; Donovan et al., 1996; Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Roth et al., 1997; Zlotnick et al., 1996). Согласно данным клинических наблюдений, у этих пациенов присутствуют тяжелые диссоциативные симптомы, что находится в полном согласии с теорией структурной диссоциации (Dickinson et al., 1998; Pelcovitz et al., 1997; Zlotnick et al., 1996). Однако для диагностики сложного ПТСР необходима оценка соматоформной диссоциации и более точная оценка психоформных диссоциативных симптомов.

Кроме симптомов ПТСР (Ford, 1999), пациенты со сложным ПТСР имеют нарушения характера и высокий риск повторной виктимизации (Herman, 1993; Ide & Paez, 2000). Предложенные критерии сложного ПТСР включают следующие группы симптомов: 1) *нарушение регуляции аффектов и импульсов,* 2) *нарушение внимания или сознания,* 3) *нарушение самовосприятия,* 4) *нарушения в сфере межличностного общения,* 5) *соматизация* и 6) *нарушения смысловой системы* (Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997; Van der Kolk et al., 1993, 2005). Существует большая вероятность того, что эти симптомы обладают диссоциативной природой (см. главу 5; Van der Hart et al., 2005).

Мы предположили, что сложное ПТСР связано с вторичной структурной диссоциацией – одной ВНЛ и несколькими АЛ (Van der Hart et al., 2005). При сложном ПСТР проявления АЛ не такие очевидные, как это бывает при РДИ. Другими словами, при сложном ПТСР АЛ не так самостоятельны и сложны, как при РДИ.

Пограничное расстройство личности

В большинстве случаев пограничное расстройство личности (ПРЛ) связано с травматическим опытом, диссоциативными симптомами и другими травматическими расстройствами (например: Herman & Van der Kolk, 1987; Laporte & Guttman,1996; Ogata et al., 1990; Zanarini et al., 2000). Лонгитюдные исследования индивидов, страдающих разными расстройтвами личности, показали, что пациенты с ПРЛ обладают самыми высокими показателями травматизации (особенно это касается сексуальной травмы, в том числе сексуального насилия в детском возрасте), самыми высокими показателями ПТСР и самым ранним возрастом, при котором произошло первое травматическое событие (Yen et al., 2002). Многие исследования устанавливают связь между ПРЛ и сексуальным насилием (например: Zanarini et al., 2002; McClean & Gallop, 2003). В других исследованиях также отмечаются высокие показатели пренебрежительного отношения в детстве (Zanarini et al., 1997) и связь более тяжелых форм ПРЛ с более тяжелой травматизацией (Yen et al., 2002; Zanarini et al., 2002).

Для многих пациентов с ПРЛ характерно сочетание страха быть оставленным и страха близости. Страх быть покинутым и связанный с этим сильный гнев пациентов с ПРЛ могут иметь отношение к реальному опыту оставленности, жестокого обращения, депривации. Постоянное ожидание повторения переживания жертвы и повторения жестоких и нарушенных отношений при-

водит к накоплению горького разочарования, фрустрации, ненависти к самому себе и ярости (Chu, 1998a, p. 46). Отношения этих пациентов с другими людьми, в том числе с терапевтом, оказываются во власти сильных эмоций, которые, в свою очередь, связаны с такими типами привязанности, как неразрешенный (unresolved), беспокойный (preoccupied), или дезорганизованный/дезориентированный, формирование которых происходит при значительном влиянии травматического опыта (Agrawal et al., 2004; Buchheim et al., 2002). Дезорганизованный тип привязанности считается важным фактором уязвимости и предиктором (хронической) диссоциации (Ogawa et al., 1997; ср.: главу 4), а его внешние проявления, по сути, являются симптомами диссоциации (Barach, 2004). У жертв насилия преобладают дезорганизованный и другие типы ненадежной привязанности. В рамках теории привязанности была проделана большая работа по описанию и объяснению устойчивых характерологических нарушений у людей, переживших травму (Alexander, 1992; Alexander & Anderson, 1994; Blizard, 2001, 2003; Lyons-Ruth, 1999, 2001; Schore, 2003a). Хотя дезорганизованная привязанность часто связана с насилием, этот тип все же, как правило, формируется под влиянием особого поведения близкого взрослого, которое выходило за рамки обычной невнимательности или отсутствия чуткости, и это, по-видимому, объясняет, почему в повествовании многих пациентов с ПРЛ о своей жизни нет упоминания о травматизации как таковой.

В связи с тем, что ПРЛ связано с тяжелой ранней травматизацией и дезорганизованным типом привязанности, можно предположить, что пациенты с ПРЛ, скорее всего, будут обладать многими симптомами психоформной и соматоформной диссоциации. Это было подтверждено различными исследованиями (например: Anderson, Yasenik & Ross, 1993; Chu & Dill, 1991; Gershuny & Thayer, 1999; Stiglmayr et al., 2001; Wildgoose et al., 2000).

Диагноз ПРЛ основан на критерии, который объединяет требования присутствия в жизни пациента нестабильности в межличностных отношениях, самооценке и аффективного реагирования, а также выраженной импульсивности, начало которых относится к периоду полового созревания. Данный критерий считается выполненным, если отмеченный выше паттерн нестабильности выражен, по крайней мере, в пяти перечисленных ниже симптомах*: 1) *отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества;* 2) *неустойчивые и бурные межличностные отношения с колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой;* 3) *нарушения идентичности: выраженная и длительно сохраняющаяся нестабильность в представлении о самом себе или в самооценке;* 4) *импульсивность, по меньшей мере, в двух сферах деятельности, которые связаны потенциальным риском* (растрачивание денег, неразборчивость в половых связях, употребление наркотиков,

* Перечень симптомов ПРЛ приведен по изданию Клиническая психиатрия / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Гоэтар медицина, 1998. С. 278. Термин «идентификация», встречающийся в данном издании здесь заменен на «идентичность». – *Прим. науч. ред.*

пренебрежение правилами дорожного движения, переедание); 5) *тенденция к аутоагрессии (самопоражению), включая суицидальные попытки или угрозы;* 6) *аффективная неустойчивость, обусловленная выраженной склонностью к колебаниям настроения* (которые сохраняются несколько часов, в редких случаях несколько дней); 7) *постоянное ощущение опустошенности;* 8) *неадекватная выраженность гневливости или трудности в ее сдерживании;* 9) *транзиторные, связанные со стрессом параноидные мысли или выраженные диссоциативные симптомы.*

Постановка дифференциального диагноза между ПРЛ, сложным ПТСР и диссоциативными расстройствами по DSM-IV может вызвать затруднения в связи тем, что главные и второстепенные симптомы этих расстройств во многом пересекаются: между кластерами симптомов ПРЛ и сложного ПТСР есть много общего. В клинической картине этих расстройств присутствуют и нарушения регуляции аффектов, и нарушения идентичности, а также суицидальные тенденции, злоупотребление психоактивными веществами, самоповреждающее поведение и нарушения отношений (APA, 1994; Driessen et al., 2002; Gunderson & Sabo, 1993; McLean & Gallop, 2003; Yen et al., 2002). Кроме того, для этих расстройств свойственны очень похожие психобиологические нарушения и особенности (Driessen et al., 2002).

Диссоциация тесно связана с самоповреждающим поведением (Noll et al., 2003), распространенным также при ПРЛ (Brodsky et al., 1995). Примерно половина пациентов с РДИ имеют также диагноз ПРЛ (Boon & Draijer, 1993; Chu, 1998b; Dell, 1998; Ellason et al., 1996). Кроме того, у многих пациентов с РДИ наблюдается сочетание черт следующих расстройств личности: пограничного в виде уклонения (избегания) (76%), расстройства с самоповреждением (68%) и пассивно-агрессивного (45%) (Armstrong, 1991; Dell, 1998). Однако показатели диссоциативной амнезии по Опроснику диссоциации (DIS-Q) и степени изменения и спутанности идентичности (Vanderlinden, 1993) у пациентов с ПРЛ ниже по сравнению с пациентами с диагнозом РДИ. Эти признаки отличают ПРЛ от РДИ.

Наблюдения показывают, что большинство случаев ПРЛ можно трактовать и лечить как травматические (связанные с историей раннего насилия и пренебрежения), и только для небольшой их доли могут быть указаны иные этиологические факторы.

Мы полагаем, что ПРЛ характеризуется вторичной структурной диссоциацией (см. также: Ross, 2009). С этим согласуются данные исследования, проведенного Голынкиной и Райл (Golynkina and Ryle, 1999), согласно которым пациенты с ПРЛ, помимо диссоциативной части личности, которая, по-видимому, может быть отождествлена с ВНЛ (ВНЛ с навыками совладания), обладают также более чем одной АЛ (которые содержат аффективные проявления ярости насильника, ярости жертвы, пассивности жертвы и состояния «зомби»). Многие люди, пережившие травму, недостаточно персонифицируют, то есть связывают со своей личностью, собственные ментальные дейст-

вия, такие как чувства или мысли. У некоторых пациентов с ПРЛ наблюдаются тяжелые диссоциативные симптомы, и их случаи граничат с диагнозами НДР или РДИ. Наш клинический опыт показывает, что диссоциативные части пациентов с ПРЛ в гораздо меньшей степени развиты и самостоятельны, обладают менее выраженной личностной идентичностью, чем при НДР или РДИ.

Смена диссоциативных частей ПРЛ происходит между ВНЛ, которая обычно является депрессивной и аффективно опустошенной, и АЛ, фиксированными на переживании травматического события, которые содержат в себе ярость или некоторые сильные аффекты, что способствует эмоциональной нестабильности и реактивности. Дезорганизованная привязанность, наблюдающаяся у большинства пациентов с ПРЛ, связана с нарушениями в отношениях, имеющими диссоциативную природу (например: Blizard, 2001, 2003; Lyons-Ruth, 1999, 2001). Некоторые диссоциативные части личности могут устанавливать с другими людьми близкие отношения и идеализировать их, тогда как другие части личности будут избегать и обесценивать тех же людей, в результате отношения приобретают бурный и нестабильный характер. Таким образом, стремясь к удовлетворению противоречивых потребностей, диссоциативные части личности начинают конкурировать между собой: если некоторые из них страстно желают установления и сохранения отношений привязанности, то другие настойчиво их избегают.

Диссоциативные расстройства

К диссоциативным расстройствам, согласно DSM-IV, относятся: диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга, расстройство деперсонализации, неуточненное диссоциативное расстройство (НДР) и расстройство диссоциативной идентичности (РДИ). Согласно данным многих исследований, проводившихся в течение долгого времени, диссоциативные расстройства, особенно РДИ, этиологически связаны с длительной тяжелой травматизацией в раннем детстве (Chu et al., 1999; Coons, 1994; Draijer & Boon, 1993; Hornstein & Putnam, 1992; Lewis et al., 1997; Nijenhuis, 2004; Ogawa et al., 1997; Putnam et al., 1986; Ross et al., 1991). Подавляющее большинство пациентов с РДИ (85–97%) пережили тяжелые формы насилия. Остальные пациенты с РДИ, составившие незначительное меньшинство, хотя и не были жертвами сексуального насилия или жестокого обращения, однако пережили в детстве ситуации крайнего пренебрежения. Кроме того, данные свидетельствуют о том, что у них был сформирован дезорганизованный тип привязанности под влиянием крайних аномалий в поведении их родителей (Blizard, 1997, 2003; Draijer & Langeland, 1999; Liotti, 1999a, b).

Многие авторы считают, что РДИ является наиболее тяжелой формой ПТСР (например: Bremner et al., 1996; Dell, 1998; Loewenstein, 1991; Spiegel, 1984, 1986, 1993). С этой позицией согласуется тот факт, что симптомы ПТСР очень часто встречаются у пациентов с диссоциативными расстройствами, а у 60% пациентов НДР и у 89% с РДИ обнаружено наличие всех критериев ПТСР (Boon & Draijer, 1993).

Диссоциативная амнезия. Основной критерий диссоциативной амнезии в DSM-IV сформулирован следующим образом*: *внезапная* неспособность «больного вспомнить информацию, касающуюся лично его… Нарушение столь выражено, что его нельзя объяснить простой забывчивостью». В другом диагностическом критерии этого расстройства требуется отсутствие у пациента каких-либо других диссоциативных расстройств. Воспоминания, которые пациент не может воспроизвести, обычно имеют травматическую природу, но могут также объясняться конфликтами или другими причинами (APA, 1994; Van der Hart, Nijenhuis, 2001). В литературе приведены описания случаев этого расстройства, которое возникло в связи с психической травмой, полученной в результате участия в боевых действиях, заключения в концентрационном лагере, геноцида (Van der Hart, Brom, 2000), травматической утраты, ограбления, пыток, жестокого обращения, а также суицидальным поведением и криминальными действиями (см.: Brown et al., 1998; Van der Hart, Nijenhuis, 1995). Между детской травматизацией в прошлом и расстройством диссоциативной амнезии тоже есть сильная связь (Coons, Milstein, 1989; Loewenstein, 1993).

В DSM-IV также приведено описание дополнительных особенностей клинической картины у пациентов с расстройством диссоциативной амнезии. К этим особенностям относятся психоморфные диссоциативные симптомы, такие как спонтанная возрастная регрессия и трансовые состояния, аналгезия (соматоформный диссоциативный симптом), самоповреждение, агрессивные и суицидальные импульсы и акты, нарушения трудовых и межличностных отношений. Однако присутствие этих симптомов предполагает структурную диссоциацию личности пациента, откуда следует, что у пациента с диссоциативной амнезией может быть более сложное диссоциативное расстройство, которое, возможно, и следует рассматривать в первую очередь (например: Coons, Milstein, 1989; Loewenstein, 1993). К дополнительным коморбидным расстройствам относятся: конверсионное расстройство (соматоформное диссоциативное расстройство), расстройство настроения и личностные расстройства. С точки зрения нашей концепции структурной диссоциации, диссоциативная амнезия характеризуется доминированием ВНЛ, а периодические позитивные диссоциативные симптомы представляют собой внешние проявления вторжения АЛ.

Диссоциативная фуга. Основной критерий диссоциативной фуги сформулирован в DSM-IV следующим образом**: «*Неожиданный, внезапный уход пациента из дома или с работы и последующая неспособность вспомнить основные сведения о своей личности*». Диагноз диссоциативной фуги ставится при отсутствии других диссоциативных расстройств. К сопутствующим при-

---

* Перевод критерия А для диссоциативной амнезии в DSM-IV приведен по изданию: Клиническая психиатрия / Под. ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Гоэтар медицина, 1998. С. 196. – *Прим. науч. ред.*

** Перевод критерия А для диссоциативной фуги в DSM-IV см. там же, с. 199. – *Прим. науч. ред.*

знакам и расстройствам относятся депрессия, чувство вины, агрессивные и суицидальные импульсы, расстройства настроения, ПТСР, расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ. Пациенты с диссоциативными фугами (как отдельный симптомом или расстройство), как правило, имеют историю тяжелого детского насилия (Berrington et al., 1956; Loewenstein, 1993; Kirshner, 1973), однако фуги могут быть также связаны с сильными конфликтами и другими стрессовыми ситуациями, такими как семейные ссоры, финансовые затруднения, военные действия (Kirshner, 1973; Kopelman, 1987). Сознание пациента в этих случаях во многом находится под влиянием патогенного ядерного утверждения или фиксированной идеи, например: «Пора уносить отсюда ноги!» (Janet, 1907, 1909b; Van der Hart, 1985).

Если диссоциативная амнезия является *негативным* симптомом, то при диссоциативной фуге наблюдается не только амнезия, но и *сложные позитивные* диссоциативные симптомы, относящиеся к поведенческой сфере. При фуге иная личность, отличная от повседневной ВНЛ индивида, обладает полным контролем над его поведением и сознанием. Эта другая личность предпринимает путешествие и, как правило, ведет себя иначе, чем обычная ВНЛ индивида.

Иногда во время фуги может происходить полная амнезия прежней идентичности, что свидетельствует о глубоком разделении между частями личности. В большинстве случаев во время эпизода фуги у индивида сохраняются некоторые представления о своей идентичности, однако человек не может вспомнить важные стороны своей жизни. Фуги могут быть признаком временного диссоциативного разделения частей личности, но чаще они являются проявлением другой части личности, активность которой до начала фуги была ограничена внутренней сферой психического и не проявлялась в повседневной жизни.

В некоторых случаях во время фуги доминирует прежняя ВНЛ индивида, однако при этом осуществляет несвойственные ей действия и обладает патологически суженным полем сознания. В других случаях та часть, которая становится активной в состоянии фуги, лучше всего может быть описана в терминах АЛ. Например, эта часть личности может вести себя по-детски или стать слишком пугливой, проявлять чрезмерную агрессию и спутанность поведения. Часто у пациентов с исходным диагнозом диссоциативной фуги позже обнаруживают признаки более сложной и разнообразной диссоциативной симптоматики (Boon, Draijer, 1993, 1995; Steinberg, 1995).

Расстройство деперсонализации. Симптомы деперсонализации часто присутствуют в клинической картине многих психических расстройств. Как правило, деперсонализация является временной. Однако в тех случаях, когда симптомы деперсонализации приобретают доминирующий характер и становятся хроническими при отсутствии других психических расстройств первой оси DSM-IV, может быть поставлен диагноз расстройства деперсонализации. В формулировке диагностического критерия расстройства деперсона-

лизации в DSM-IV* отмечены *«устойчивые состояния или повторные эпизоды переживания отчуждения собственной личности или своего тела»* при *сохранном тестировании реальности.* Это расстройство обнаруживает коморбидность с тревогой, депрессией (Baker et al., 2003), а также с расстройствами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами (APA, 1994). Если рассматривать разные виды травматизации, то деперсонализация как расстройство или группа симптомов теснее всего связана с эмоциональным насилием (Simeon et al., 2001).

Бэйкер с соавт. (Baker et al., 2003) выявили, что более раннее начало этого расстройства соответствует значимо более высокому уровню диссоциации, которая оценивалась при помощи шкалы DES. В главе 5 мы рассмотрели характерные симптомы, принадлежащие кластеру деперсонализации, и изучали вопрос, следует ли относить некоторые из основных симптомов данной группы к изменениям сознания или же считать их диссоциативными. Тем не менее некоторые симптомы деперсонализации обладают явной диссоциативной природой, например, переживания нахождения вне тела свидетельствуют о том, что в личности индивида присутствуют наблюдающая и переживающая части. Другие симптомы, несущие с собой переживание качества нереальности, могут быть связаны с вторжением одних частей личности в другие или же предшествовать переключению между разными частями.

В некоторых случаях деперсонализация является доминирующим симптомом, который может навести клинициста на мысль о диагнозе РДИ, проверка которого требует тщательного диагностического обследования.

> Марта, молодая аспирантка, пришла в терапию из-за возникающих у нее состояний спутанности, трудностей с завершением работы над диссертацией и устойчивого чувства собственной нереальности, которое появилось после экстренной внеплановой серьезной операции. Органические причины расстройства были исключены. Через несколько сеансов стало ясно, что личность пациентки содержит несколько диссоциативных частей, между которыми происходят быстрые переключения. Что же касается деперсонализации, то она была вторичной по отношению к тому замешательству, которое вызывали быстрые переключения, когда какая-либо из частей личности пациентки внезапно оказывалась обладательницей исполнительного контроля: «Как я здесь оказалась? Это не моя жизнь!».

Неуточненное диссоциативное расстройство. Описание диагноза DSM-IV для НДР содержит шесть категорий. Мы остановимся на первой из них, то есть на клинических описаниях, схожих с РДИ, но не удовлетворяющих всем его критериям. По правилам, определенным в DSM-IV, этот диагноз может ставиться, когда пациент имеет симптомы, похожие на симптомы РДИ, однако

* Перевод формулировки критерия А для расстройства деперсонализации в DSM-IV см. там же, с. 203. – *Прим. науч. ред.*

части личности пациента при НДР не столь развиты и автономны, они не проявляют такой активности в повседневной жизни, как это происходит у пациентов с РДИ (Boon, Draijer, 1993; Steinberg, 1995). Пациенты с НДР, впрочем, обладают особым профилем диссоциации, отличным от РДИ. Этот профиль характеризуется менее тяжелой диссоциативной симптоматикой, выраженными вторжениями частей личности, которые приводят к появлению позитивных диссоциативных симптомов, однако не завершающихся полной передачей исполнительного контроля. Для пациентов с НДР также свойственна меньшая выраженность признаков личностных расстройств (Boon, Draijer, 1993; Dell, 1998, 2002; Steinberg, 1995). Эти данные, полученные разными исследователями, должны ускорить пересмотр критериев НДР, чтобы повысить точность диагностики. Согласно нашему опыту, личность большинства пациентов с НДР подвержена вторичной структурной диссоциации.

Расстройство диссоциированной идентичности. В критериях РДИ по DSM-IV указывается на необходимость *наличия у пациента двух и более характерных личностных идентичностей, или личностных состояний; по крайней мере, две из этих идентичностей, или личностных состояний, должны периодически овладевать контролем над поведением индивида, при этом переход исполнительного контроля от одной идентичности* (*или личностного состояния*) *к другой должен сопровождаться амнезией.* Эти требования создают серьезные проблемы при постановке диагноза. Например, по каким признакам мы могли бы отличить диссоциативную личностную идентичность от личностного состояния? Какова должна быть степень амнезии? Должна ли диссоциативная часть получать полный контроль или достаточно пассивного влияния для того, чтобы требование *контроля* в диагностическом критерии считалось выполненным? Как быть с диссоциативными идентичностями, которые активны в настоящем, но не обладают ни собственным именем, ни иными отличительными чертами? Приходится признать, что в формулировках диагностических критериев DSM-IV для РДИ отсутствует необходимая ясность, что создает серьезные проблемы для клиницистов при постановке этого диагноза. Особенно это верно в отношении большинства пациентов с РДИ, у которых нет четко оформленных «идентичностей».

В связи с этим эксперты настоятельно рекомендуют клиницистам применять надежные и валидные диагностические средства, такие как Структурированное клиническое интервью для диагностики диссоциативных расстройств DSM-IV (SCID-D; Steinberg, 1994) или относительно новый инструмент – Многомерный опросник диссоциации (Multidimensional Inventory of Dissociation, MID, Dell, 2002; Dell, 2006a, b; Somer, Dell, 2005). SCID-D является надежным диагностическим инструментом (Boon, Draijer, 1993; Kundakci et al., 1998; Steinberg, 1995, 2000), но требуется клинический опыт и серьезное обучение для его умелого применения и интерпретации ответов пациента (Draijer, Boon, 1999).

Длинный список дополнительных признаков и расстройств DSM-IV, коморбидных РДИ, состоит из симптомов ПТСР, проявлений самоповреждения,

агрессивного, гомицидного (Lewis et al., 1997; Nijenhuis, 1996) и суицидального поведения, импульсивности, повторяющихся паттернов физического и сексуального насилия в междичностных отношениях, конверсионных (то есть соматоформные диссоциативные) симптомов, а также расстройств настроения, злоупотребления психоактивными веществами, пищевых и личностных расстройств.

Уровень патологии диссоциативных феноменов повышается при движении вдоль континуума травматических расстройств, достигая максимума у пациентов с РДИ. У этих пациентов, например, самые высокие показатели по диссоциативным опросникам самоотчета, включая DES (Boon & Draijer, 1993; Nijenhuis et al., 1999; Van IJzendoorn & Schluengel, 1996), DIS-Q (Vanderlinden, 1993), MID (Dell, 2002/2006) и SDQ-20 (Nijenhuis et al., 1996; Nijenhuis et al., 2004). Они также получают самые высокие оценки по SCID-D (Boon & Draijer, 1993; Steinberg, 1994), MID (Dell, 2006; Somer & Dell, 2005) и Интервью для диссоциативных расстройств (Dissociative Disorders Interview Schedule, DDIS; Ross, 1989).

Психоз и травматизация

Описания переживаний травматических событий встречаются в историях болезни большинства пациентов с «серьезными психическими заболеваниями» – достаточно обширной группы, в которую воходят такие диагнозы, как шизофрения, биполярное расстройство настроения и неуточненное психотическое расстройство (Goodman et al., 1997; Goodman et al., 1999; Mueser et al., 1998; Read et al., 2005; Schäfer et al., 2008). Многие психотические пациенты сообщают о жестоком обращении с ними в детстве (Holowka et al., 2003; Janssen et al., 2005; Read et al., 2001, Read & Ross, 2003; Read et al., 2005). Хроническая травма, по-видимому, является фактором риска развития психотического расстройства (Allen et al., 1996, 1997; Hamner et al., 1999).

Ни одно из определений психотических симптомов в DSM-IV (APA, 1994, p. 273) не содержит четких критериев разграничения между психотическими симптомами и симптомами вторжения, которые часто встречаются при ПТСР и диссоциативных расстройствах. Это отсутствие ясности приводит к трудностям дифференциальной диагностики между психозом, с одной стороны, и диссоциативными расстройствами и ПТСР – с другой. Согласно самому строгому определению в DSM-IV, к психотическим симптомам относятся бред и выраженные галлюцинации, при этом должна отсутствовать критика своего состояния, то есть понимание патологической природы симптомов. Менее строгое определение психоза допускает выраженные галлюцинации, которые опознаются человеком как таковые. Расширенное определение включает также позитивные симптомы шизофрении, такие как дезорганизованная речь и сильно дезорганизованное или кататоническое поведение.

У многих пациентов, страдающих от последствий психической травмы, с диагнозами ПТСР, ПРЛ, РДИ, присутствуют психотические симптомы, со-

отвествующие определению DSM-IV (Butler et al., 1996; David et al., 1999; Miller et al., 1993; Ross, 2004). Некоторые из этих пациентов имеют коморбидное психотическое расстройство по DSM-IV (Bleich & Moskowits, 2000; Hamner et al., 2000; Sautter et al., 1999; Tutkun et al., 1996). Однако большинство исследований не предлагают четкого ответа на вопрос, являются ли эти психотические симптомы (или расстройства) диссоциативными в своей основе. Мы полагаем, что у многих пациентов, переживших травму, эти симптомы свидетельствуют о структурной диссоциации.

Психотические и диссоциативные симптомы. У пациентов с хроническим ПТСР и коморбидными психотическими чертами наблюдаются позитивные и негативные психотические симптомы, приближающиеся по тяжести к симптомам шизофрении (Hamner et al., 2000). Однако есть некоторые трудности с распознаванием психотических симптомов у пациентов, переживших травму, так как они «неохотно рассказывают об этих симптомах, кроме того, у них могут отсутствовать явные нарушения в аффективной сфере или причудливые бредовые идеи, свойственные психотическим расстройствам, например, шизофрении» (Hamner et al., 2000, p. 217).

Феноменологически психотические и диссоциативные симптомы перекрываются. Например, многие пациенты как со сложными диссоциативными расстройствами, так и с шизофренией слышат голоса или могу испытывать трудности с тестированием реальности. Такое частичное совпадение во внешних проявлениях симптоматики вносит некоторую путаницу в теоретические построения в отношении природы психотических и диссоциативных симптомов, а также создает трудности для точной дифференциальной диагностики этих расстройств (Pope & Kwapil, 2000). Пациентам с РДИ или НДР часто ошибочно ставится диагноз шизофрении или психотического расстройства на том основании, что они рассказывают о голосах и других симптомах первого ранга Шнайдера (Boon & Draijer, 1993; Ross et al., 1989). Дополнительную сложность привносит то, что у многих психотиков есть диссоциативные симптомы (Ross, 2004; Spitzer et al., 1997; Schäfer et al., 2008). Например, Хауген и Кастилло выявили у пациентов с диагнозом параноидной или недифференцированной шизофрении симптомы тяжелой амнезии, деперсонализации, фрагментации идентичности, диагносцированной при помощи SCID-D. Они пришли к выводу, что «возможным фактором, обусловливающим трудности распознавания тяжелых диссоциативных расстройств у пациентов с психотическим диагнозом, является присутствие симптомов первого ранга Шнайдера в клинической картине расстройств, относящихся к двум этим группам» (Haugen, Castillo, 1999, p. 753). Кроме того, сходство во внешнем проявлении симптоматики также отмечается и для негативных симптомов шизофрении, с одной стороны, и симптомов избегания при ПТСР и депрессии – с другой (Kuipers, 1992). Однако, согласно данным, полученным Эллэйсоном и Россом (Ellason, Ross, 1995), у пациентов с РДИ больше позитивных и меньше негативных симптомов, похожих на симптомы шизофрении, чем у пациентов с шизофренией.

Различия между психотическими и диссоциативными симптомами не всегда очевидны. Например, диссоциативные части могут не ощущать определенные части тела, находиться во власти галлюцинаторного образа тела, обладающего иными пропорциями по сравнению с теми, что фиксирует внешний наблюдатель, быть уверенными в иной половой принадлежности или даже отрицать принадлежность к человеческой расе. Эти негативные и позитивные галлюцинации, столь частые при сложных диссоциативных расстройствах, полностью соотвествуют приведенным выше определениям психоза. Однако у пациентов с диссоциативными расстройствами эти симптомы являются следствием сложной внутренней динамики с участием диссоциативных частей личности индивида. В ходе терапии эти проявления претерпевают существенную трансформацию в сторону ослабления или исчезают вовсе. Кроме того, симптомы, обладающие диссоциативной природой, плохо поддаются медикаментозному лечению с применением нейролептиков.

Не следует преуменьшать значение присутствия симптомов первого ранга Шнайдера в клинической картине диссоциативных и психотических пациентов. Именно основываясь на оценке этих симптомов, MID (Laddis et al., 2001; см. главу 5) позволяет разграничивать пациентов с РДИ и шизофренией. Наибольшей дискриминативностью в отношении РДИ обладают пункты этой методики, оценивающие такие явления, как «отсутствие ощущения своей целостности», «ощущение внутри себя другой персоны, которая может появиться, что-то сделать и/или сказать, когда он/она этого захочет», «быстрые и беспричинные перемены в настроении». Около 80–98% пациентов с РДИ подтверждали наличие спорящих, убеждающих, комментирующих голосов, «сделанных» чувств, импульсов, действий, воздействий на тело, вкладывание и изъятие мыслей. Между тем пациенты с шизофренией значимо чаще отвечали позитивно на другие пункты: «Ваши мысли транслируются вовне, так что другие люди могут их слышать», «Вы чувствуете, что вашей душой и/или телом овладела душа известной персоны» (например, Элвиса Пресли, Иисуса Христа, Мадонны, президента Кеннеди), «Вы слышите голоса, исходящие из необычных источников (кондиционера, компьютера, стен), которые указывают вам, что делать».

У пациентов с РДИ были более высокие оценки выраженности семи из восьми симптомов Шнайдера первого ранга, чем у пациентов с шизофренией (см. также: Ellason & Ross, 1995; Kluft, 1987a; Ross et al., 1990; Ross, 2004; Yargic et al., 1998). К другим отличительным признакам РДИ относятся слышание детских голосов и большее количество преследующих голосов, чем при шизофрении. Большое число симптомов Шнайдера при РДИ наводит на мысль о вероятности сложного диссоциативного расстройства и показывает, что присуствие одних только симптомов Шнайдера не должно считаться достаточным для постановки диагноза «шизофрения». Перекрытие в симптомах также может означать, что данные, касающиеся доминирования травматизации и природы этих симптомов у предположительно психотических пациентов, должны

интерпретироваться с известной долей осторожности, если эти пациенты не прошли систематического обследования с применением диагностистических методик определения диссоциативных расстройств.

Диссоциативный психоз. Диагностическая категория диссоциативного психоза была предложена для тех случаев, когда психотическое расстройство является травматическим и явно диссоциативным по своей природе – происходящим из структурной диссоциации личности (Graham & Thavasothby, 1995; Şar & Öztürk, 2009; Van der Hart et al., 1993). Сопутствующий диагноз «диссоциативный психоз» ставился пациентам с самыми разными травматическими расстройствами: от ПТСР до РДИ (Graham & Thavasotby, 1995; Tutkun et al., 1996; Van der Hart & Spiegel, 1993; Van der Hart et al., 1993). Когда-то это расстройство называли истерическим психозом (Hollender & Hirsch, 1964; Moreau de Tours, 1865). Для диссоциативного психоза были предложены следующие диагностические критерии (Van Gerven et al., 2002; Van der Hart et al., 1993): 1) выраженные психоформные или соматоформные диссоциативные симптомы; 2) психоз может пониматься как диссоциативное состояние; 3) наличие структурной диссоциации; 4) в картине психоза присутствуют моменты целенаправленного мотивированного поведения, которые пациент не может контролировать.

Эти четыре критерия относятся к диссоциативному характеру психоза, однако что мы имеем в виду, когда определяем это состояние как психоз? В случаях диссоциативного психоза часть личности (обычно АЛ) полностью утрачивает контакт с реальностью и погружается в пугающие ее галлюцинации. В некоторых случаях эти галлюцинации продолжаются в течение недель или даже месяцев, чаще всего они являются зрительными или слуховыми и могут содержать чрезвычайно сильные переживания актуальной травмы или сюжеты, содержащие пугающие символы, производные от травматического опыта (Van der Hart et al., 1993). Антипсихотические препараты не всегда помогают в таких случаях, и в качестве метода лечения чаще всего выбирается психотерапия. В круг психотерапевтический мероприятий при лечении диссоциативного психоза обычно входят покой, снижение стресса, информирование ВНЛ пациента о психозе и, если возможно, установление контакта с АЛ, одолеваемой мучительными галлюцинациями, дальнейшая трансформация и разрешение этих галлюцинаций и связанных с ними травматических воспоминаний.

Психоз при ПРЛ и НДР. «Кратковременные психотические эпизоды» описаны также у пациентов с ПРЛ, при этом не обсуждается то, что эти эпизоды могут обладать диссоциативной природой. Лоттерман (Lotterman, 1985) однако указывает, что эти эпизоды характеризуются психоформными и соматоформными диссоциативными симптомами. Он также отмечает, что многие пациенты в его выборке пережили в прошлом психическую травму. Психотические симптомы при ПРЛ могут продолжаться несколько недель или месяцев, но обычно они краткосрочны. Эти симптомы обычно плохо поддаются медицинскому лечению, включая ЭСТ, но поддаются психотерапевтическим

интервенциям. Сочетание этих признаков дает основание предположить диссоциативный психоз.

Диссоциативный психоз может также обнаруживаться у пациентов с НДР.

Аня (диагноз НДР и диссоциативный психоз) дни напролет пребывала как бы в тумане. Она перемещалась, семеня мелкими шажками, выворачивая стопы и колени внутрь. Аня все время произносила одну и ту же фразу детским голосом: «Все красное, все красные». Ни лекарства, ни покой, ни время не приносили облегчения. Когда терапевт, проявив эмпатию, согласился с тем, что в ее мире все красное, он высказал предположение, что не все вещи являются одинаково красными. Эта психотерапевтическая интервенция, в конечном итоге, помогла Ане сообщить терапевту то, что самым красным является ее нижнее белье. Это была кровь после анального изнасилования мужчиной, который косолапил и чьей походке она, по-видимому, подражала. После этого открытия, а также благодаря эмпатической поддержке терапевта психотический эпизод завершился в считанные часы.

В случае Ани содержание диссоциативного психоза относилось к определенному аспекту травматического события, воспоминания о котором принадлежали АЛ, находящейся в возрасте маленькой девочки. Однако, как говорилось выше, содержанием психоза могут быть также связанные с реальным травматическим опытом фантазии, обладающие качеством галлюцинации и способные вызывать сильную тревогу. Такие фантазии могут содержать вызванные чувством вины образы преследования дьяволом, демонами или адских мук (Janet, 1894–1895/1898b, 1898a; Van der Hart & Spiegel, 1993; Van der Hart et al., 1993).

Соматоформные расстройства

В DSM-IV приведено описание двух основных расстройств, в картине которых присутствуют соматические жалобы и проблемы, не имеющие органической причины. Речь идет о *соматизированном* и *конверсионном расстройствах,* которые связаны с историей травматизации и диссоциацией.

Соматизированное расстройство. Соматизация часто встречается среди других симптомов психопатологии у пациентов, страдающих от разных психиатрических расстройств, однако особенно выражена соматизация в случаях хронической травмы (например: Andreski et al., 1998; Atlas et al., 1995; Dickinson et al., 1999; Nijenhuis, 2004; Roelofs et al., 2002; Van der Kolk et al., 2005). Тяжесть соматизации обычно связана с тяжестью травматического расстройства и диссоциативных симптомов.

Согласно DSM-IV*, соматизированное расстройство предполагает наличие многочисленных *жалоб на соматическое состояние, которые начались в воз-*

---

* Там же, с. 181. – *Прим. науч. ред.*

расте до 30 лет и соответствия симптомов расстройтва следующим критериям: 1) *четыре болевых симптома;* 2) *два симптома, связанных с желудочно-кишечным трактом;* 3) *один симптом, имеющий отношение к сексуальной сфере;* 4) *один из четырех псевдоневрологических симптомов;* 5) *результаты соответствующего соматоневрологического обследования указывают на их функциональную природу; данные истории болезни, соматического обследования и лабораторных анализов не могут объяснить природу и выраженность жалоб на нарушение социальной и трудовой деятельности.* Ни в DSM-IV, ни МКБ-10 не упоминается, что соматизация может иметь отношение к соматоформной диссоциации и что эти симптомы могут быть связаны с травмой. Между тем некоторые, например, псевдоневрологические симптомы соматизированного расстройства по DSM-IV являются диссоциативными по своей природе. Соматизированное расстройство могут сопровождать тревожное или депрессивное настроение, импульсивное и асоциальное поведение, суицидальные угрозы и поведение, хаотическая жизнь, а также расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ и ПРЛ. Все вышеперечисленные расстройства и отдельные симптомы могут быть связаны со структурной диссоциацией, по крайней мере, в некоторых случаях.

Мало известно о выраженности психоформных диссоциативных симптомов при соматизированном расстройстве. Сравнение пациентов с соматизированным расстройством и пациентов с соматическими заболеваниями показало, что у пациентов первой группы чаще встречается диссоциативная амнезия (Brown et al., 2005). Обе группы показали сходный уровень деперсонализации, дереализации, спутанности идентичности, смены идентичностей. Нам неизвестны исследования соматоформной диссоциации при соматизированном расстройстве.

Для клиницистов необходимо проверять возможность диссоциативной природы соматического симптома, который не может быть объяснен, исходя из данных медицинского обследования, поскольку лечение соматоформных расстройств связано с их этиологией. Диссоциативную природу соматоформного симптома можно считать подтвержденной только в том случае, если установлена связь между данным симптомом и какой-либо диссоциативной частью личности пациента (Nijenhuis, 2004).

Конверсионное расстройство / Диссоциативные расстройства моторики и чувственного восприятия

Согласно DSM-IV (APA, 1996, p. 452), основным признаком конверсионного расстройства является присутствие симптомов или нарушений, относящихся к сфере произвольных движений и сенсорных функций, внешне похожих на проявления неврологического или соматического заболевания. Согласно DSM-IV, конверсионные расстройства не относятся к соматоформным диссоциативным расстройствам, при этом утверждается, что «в случае

одновременного присутствия конверсионных и диссоциативных симптомов у одного и того же человека (что встречается часто) должны быть поставлены оба диагноза» (APA, 1994, p. 456). Таким образом, DSM-IV рассматривает конверсионные симптомы как отличные от диссоциативных. Однако и эмпирические данные, и теоретические концепции указывают на диссоциативную природу конверсионных симптомов (Bowman, 2006; Brown et al., 2007; Kihlstrom, 1992; McDougall, 1926; Nemiah, 1991; Nijenhuis, 2004; Spitzer et al., 1999; Van der Hart & Op den Velde, 1995), поэтому принятие в МКБ-10 (WHO, 1992) диагнозов *диссоциативных расстройств моторики и чувственного восприятия* можно рассматривать как шаг вперед в этом отношении. К данным диагнозам относятся: диссоциативные расстройства моторики, диссоциативные судороги, диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия, смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства, а также другие диссоциативные (конверсионные) расстройства. Вместе с тем, однако, в МКБ-10 отсутствует признание того, что категория *соматоформных расстройств* может быть связана с глубинной соматоформной диссоциацией. Поэтому при следующих пересмотрах DSM и МКБ необходимо учесть возможность введения категории соматоформных диссоциативных расстройств.

У пациентов с конверсионными расстройствами (DSM-IV) выявлены высокие показатели соматоформной и психоформной диссоциации, наряду с историей травматизации и недавними стрессовыми событиями (Moene et al., 2001; Nijenhuis et al., 1999; Roelofs et al., 2002; Roelofs et al., 2005; Şar et al., 2004). Пациенты с соматоформным диссоциативным симптомом псевдоэпилептических припадков (то есть диссоциативных судорог) имеют повышенные показатели психоформной и соматоформной диссоциации, и значительное их число обнаруживает историю травматизации (Bowman & Markand, 1996; Kuyk et al., 1999; Prueter et al., 2002).

Критерии DSM-IV для конверсионного расстройства включают 1) *один или несколько симптомов, соответствующих неврологическому или соматическому расстройству;* 2) *начало или обострение симптомов связывается с психологическими стрессорами или конфликтом;* 3) *симптом не вызывается намеренно и не симулируется;* 4) *симптомы не ограничиваются болью или сексуальной дисфункцией, характерными для соматизации.* Коморбидными конверсионным расстройствам являются так называемые неконверсионные соматические жалобы и диссоциативные расстройства, основное депрессивное расстройство, а также некоторые личностные расстройства.

Соматоформные диссоциативные симптомы представляют собой проявления активности диссоциативных частей личности независимо от степени сложности частей личности. Таким образом, пациенты с соматоформными диссоциативными расстройствами могут иметь некоторый уровень структурной диссоциации, и должны быть проверены на наличие таких травматических расстройств, как ПТСР, НДР или РДИ.

КОМОРБИДНОСТЬ ИЛИ РАЗНООБРАЗИЕ СИМПТОМОВ И РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕЖИТОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ?

Существует много свидетельств того, что у людей, переживших психическую травму, присутствуют самые разные симптомы, в том числе отвечающие диагностическим критериям многих психических расстройств. Особенно это верно в отношении случаев травматизации, которая началась в раннем детстве, происходила в контексте отношений с другим человеком, и была связана с угрозой телесной целостности. Многие дополнительные признаки связанных с травмой расстройств были описаны выше. Сюда входят депрессивное настроение, тревога и паника, сексуальная дисфункция, нарушения сна, самоповреждение, соматоформные симптомы, агрессивные импульсы, суицидальные импульсы, нарушения в рабочих и межличностных отношениях. К дополнительным или коморбидным расстройствам для ПТСР, ПРЛ, диссоциативных расстройств, шизофрении и соматоформных расстройств, относятся: *основное депрессивное расстройтво* (например: Brady et al., 2000; Perry, 1985; Şar et al., 2000); *тревожные расстройства* (Allen J. G. et al., 1998; Brady, 1997; Breslau et al., 1991; Lipschitz et al., 1999; Stein et al., 1996); *расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ* (например: Brady, 1997; McClellan et al., 1995; McDowell et al., 1999); и *пищевые расстройства* (Brady et al., 2000; Darves-Bornoz et al., 1996; Lipschitz et al., 1999; Vanderlinden, 1993).

Наиболее заметные и выраженные проявления коморбидности сопровождают диссоциативные расстройства DSM-IV, а особенно тяжелые случаи НДР и РДИ (Boon & Draijer, 1993; Şar & Ross, 2006; Steinberg, 1995; Steinberg et al., 1994). Однако, как уже говорилось, даже пациенты с ПТСР часто имеют дополнительные коморбидные расстройства (APA, 1994; Breslau et al., 1995; Kessler et al., 1995; McFarlane & Papay, 1992; Van der Kolk et al., 1996). Одним из направлений будущих исследований могло бы быть решение проблемы степени связи коморбидной патологии с травматической структурной диссоциацией личности.

Коморбидность, нарушение регуляции аффекта и структурная диссоциация

Поразительное разнообразие и перекрытие симптомов и расстройств, от которых страдают люди, пережившие травматизацию (особенно тяжелого и хронического характера), наводят на мысль о тесной связи между этими симптомами и расстройствами. Ввиду такой пестроты симптомов и расстройств, а также связанной с этим трудностью точной диагностики специалисты в области психической травмы поднимают вопрос о том, чтобы рассматривать все связанные с травмой проблемы в рамках идеи одного континуума (например: Allen, 2001; Van der Kolk, 1996). Ван дер Колку с соавт. (Van der Kolk et al., 1996) принадлежит идея *спектра* связанных с травмой симптомов, куда

входят, помимо прочих, симптомы ПТСР, диссоциативные симптомы, нарушение регуляции аффекта, соматизация, депрессия, а также проблемы на работе и в межличностных отношениях. Другие авторы выдвинули идею спектра травматических расстройств, который распространяется от ПТСР до РДИ (Bremner et al., 1998; Moreau & Zisook, 2002). Хотя эти авторы и утверждают, что между самыми разными симптомами и расстройствами, которые они разместили на одном континууме, существует связь, они не выделяют общего основания для объяснения этой связи. Представляя идею спектра травматических симптомов, Ван дер Колк с соавт. (1996) опирались на работы Жане и Немии (Nemiah, 1998), в которых акцентирована центральная роль диссоциации. Однако Ван дер Колк с соавт. никак не объяснили связь между симптомами, которые они включили в рассматриваемый ими ряд патологических проявлений последствий травмы, и диссоциацией.

Шоэ (Schore, 1994, 2003a, b) считает нарушение регуляции аффекта общей основой травматических симптомов и расстройств. Мы согласны с ним в том, что нарушение регуляции аффекта является важным признаком всех травматических расстройств, но хотели бы добавить, что у людей, переживших травму, нарушение регуляции обычно происходит в контексте структурной диссоциации. То же самое верно и в отношении более общего недостатка саморегуляции, который Ван дер Колк рассматривал как «наиболее серьезное следствие психологической травмы и у детей и у взрослых» (Van der Kolk, 1996, p. 187). Таким образом, способность регуляции аффекта связана с определенными диссоциативными частями личности (Van der Hart, Nijenhuis et al., 2005). Так, одни части личности могут быть депрессивными или суицидальными, при этом у других может доминировать совершенно иной аффект. Исследование Голие с соавт. подтверждает такую возможность. Авторы отмечают, что хотя при ПТСР и основном депрессивном расстройстве симптомы депрессии обладают почти одинаковой выраженностью, все же пациенты с ПТСР отличаются гораздо большей изменчивостью настроения (Golier et al., 2001). АЛ при ПТСР может быть испуганной, испытывать панику, принимать психоактивные вещества (чтобы отделаться от травматических воспоминаний или других позитивных диссоциативных симптомов, вызывающих дистресс), проявлять признаки булимии или анорексии, вести себя агрессивно или страдать от соматоформных симптомов, таких как телесная анестезия, локализованная боль, паралич. Некоторые симптомы и расстройства имеют отношение к нарушению регуляции и конфликту между этими частями и опосредующими их функционирование системами действий.

Например, нарушения регуляции могут быть следствием конфликтов между агрессивными, напуганными и стремящимися к привязанности частями. Активность некоторых из этих частей может быть связана с симпатической нервной системой, тогда как активность других – с дорсальным комплексом вагуса, принадлежащим парасимпатической нервной системе, что, по-видимому, приводит к нарушению слаженности психофизиологического

функционирования (Nijenhuis & Den Boer, 2007). Благодаря симпатическому отделу нервной системы происходит активация действий в телесной и психической сферах, в том числе таких активных зищитных действий, как бегство или борьба. Именно с этим отделом нервной системы связаны увеличение частоты сердечных сокращений, секреции *катехоламинов* (дофамина, адреналина, норадреналина). Задачей парасимпатического отдела нервной системы является консервация ресурсов энергии, с ним связаны замедление сердечных сокращений, усиление активности кишечника и желез, расслабление сфинктерных мышц желудочно-кишечного тракта. Таким образом, векторы действия симпатического и парасимпатического отделов оказываются противоположно направленными.

Итак, мы предполагаем, что структурная диссоциация личности составляет общее или, по крайней мере, главное психобиологическое основание травматических симптомов и расстройств. Согласно нашей теории, разным расстройствам, образующим континуум психопатологии, связанной с травмой, соответствует разный уровень структурной диссоциации. Эта гипотеза открыта эмпирической проверке.

РЕЗЮМЕ

В DSM-IV и МКБ-10 описаны расстройства, связь которых с пережитой психической травмой отражена уже в самом их названии – ОСР и ПТСР. Кроме того, в классификаторах психиатрических расстройств представлены и другие расстройства, связь которых с психической травматизацией подтверждена клиническим опытом и данными эмпирических исследований. Однако симптомы, включенные в диагностические критерии этих расстройств, составляют лишь небольшую часть широкого спектра симптомов, относящихся к психической травматизации. В некоторых разделах DSM-IV эти проблемы отмечены как признаки и расстройства, дополнительные к расстройствам, связанным с травмой. Однако такие расплывчатые формулировки не объясняют в полной мере ни факта значимой корреляции между разнообразными травматическими симптомами, ни существенного перекрытия в симптоматике разных травматических расстройств. Существует широкий спектр связанных с травмой психических расстройств, таких как ОСР, ПТСР, сложное ПТСР, ПРЛ, диссоциативные расстройства DSM-IV, психотические и соматоформные расстройства. Мы полагаем, что каждому из них соответствует определенная степень структурной диссоциации. Принятие этой гипотезы имеет большое значение для лечения.

ЧАСТЬ 2

ХРОНИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ДЕЙСТВИЯ ЖАНЕ

Введение

> При [структурной диссоциации] функции не исчезают полностью … они продолжают существовать… Исчезает же личность* – система функций, организованная вокруг одного я.
>
> *Пьер Жане* (Janet, 1907, p. 332)

> В синдромах неврологической рассогласованности и диссоциативных расстройствах меняется не столько степень активности области мозга или психической функции, сколько степень взаимодействия между этими областями или функциями.
>
> *Геральд Эдельман и Джиулио Тонони* (Edelman, Tononi, 2000, p. 67)

В основании теории структурной диссоциации, связанной с травмой, лежат три главных принципа. Первый принцип касается замещающих ментальных и поведенческих действий, которые совершает индивид, переживший хроническую травму (Janet, 1919/1925, 1928b). Индивид, страдающий от последствий психической травмы, использует замещающие действия для адаптации к произошедшим внутренним изменениям и внешнему миру, однако замещающие действия оказываются непригодными для решения этой задачи. Таким образом, исходя из собственного, пусть и ограниченного понимания внешних и внутренних событий, каждая диссоциативная часть личности жертвы травмы стремится к адаптации, хотя и не располагает необходимыми для решения этой задачи ресурсами. Согласно второму принципу, людям, страдающим от последствий психической травмы, часто недостает навыков регуляции, иногда – психической или физической энергии, и всегда – психической эффективности, то есть они используют свою психическую энегргию далеко не лучшим образом. Третий принцип постулирует, что эти дефициты вызывают структурную диссоциацию и появление многочисленных связанных с ней симптомов.

* Имеется в виду унитарная личность. – *Прим. науч. ред.*

В этой части книги мы рассмотрим особые ментальные и поведенческие действия, связанные со структурной диссоциацией и интеграцией. При этом мы отталкиваемся от трех названных выше принципов и будем использовать концепцию структурной диссоциации, о которой говорилось в первой части. Наши представления о действиях человека, пережившего травму, сложились во многом под влиянием *психологии действия* Жане (Janet, 1919/1925, 1926a, 1928a, b, 1934, 1938), они служат теоретическим основанием для клинической диагностики и лечения пациентов с опытом хронической травматизации. Интерес к работам Жане – отнюдь не романтическое обращение к истории. Идеи Жане о действиях оказываются чрезвычайно полезными и практичными для понимания процессов, протекающих в психике во время и после психической травмы. Сегодня интерес к этим идеям возрождается вопреки частому игнорированию работ Жане (например: Berthoz, 2000, 2006; Carver et al., 2000; Hurley, 1998; Llinás, 2001).

ГЛАВА 7

Синтез и его нарушения у людей, переживших психическую травму

> Для того, чтобы мы могли действовать согласованно в присутствии самых разных и часто конфликтных сенсорных стимулов, нам необходим такой процесс взаимодействия между разными уровнями нейронных организаций, который протекал бы независимо от иерархического порядка. В этом состоит проблема связывания…
>
> *Геральд Эдельман и Джиулио Тонони* (Edelman, Tononi, 2000, p. 106)

Одной из важных характеристик психического здоровья является способность индивида к интеграции широкого спектра психобиологических феноменов в рамках одной унитарной личности (Edelman & Tononi, 2000; Fuster, 2003; Janet, 1889; Stuss & Knight, 2002). Если индивид обладает достаточно высоким психическим уровнем, то переживание шоковых событий не приводит к структурной диссоциации. У каждого из нас есть некоторый предел способности к интеграции того, что может быть пережито в условиях крайнего и продолжительного стресса. Когда основные организующие нашу личность факторы, такие как тенденции к действию и системы действий, достаточно интегрированы внутренне и между собой, наши психические и поведенческие действия являются согласоваными и гибкими, что позволяет нам творчески решать задачи адаптации. В свою очередь, эти тенденции и поведенческие системы во многом определяют то, что мы сможем интегрировать в данный момент или в течение некоторого времени. Однако иногда психический уровень индивида падает до столь низкой отметки, что между некоторыми системами действий (и тенденциями к действию), составляющими личность, проходит диссоциативное разделение. При этом с каждым из диссоциированных кластеров будет связано свое особое более или менее развитое чувство собственного Я. Эти подсистемы, обладающие собственным самосознанием, способны вести самостоятельную, в определенных рамках, жизнь. У людей, переживших раннее и хроническое насилие, и пренебреже-

ние, некоторые системы действий никогда не были должным образом интегрированы.

Интеграция представляет собой результат, который определяется действиями разных уровней. Однако мы можем выделить два основных действия, составляющих интеграцию – *синтез* и *реализацию* (Janet, 1889, 1907, 1935a). Психология действия Жане помогает нам понять нормативные процессы интеграции и их нарушения. Работа синтеза состоит в том, что мы воспринимаем, соединяем или *связываем* и *различаем* разные аспекты нашего опыта (Edelman & Tononi, 2000; Fuster, 2003; Metzinger, 2003). Например, адаптивное функционирование требует от нас умения отличать стимулы, которые как-то соотносятся с достижением стоящих перед нами целей от стимулов, которые не имеют к этому никакого отношения. *Связывание* элементов восприятия в единое непротиворечивое целое опирается на низкоуровневые ментальные действия. Так, связывание разных компонентов зрительного восприятия (цвет, форма объекта), а также информации, поступающей по другим каналам восприятия, обычно происходит неосознанно, автоматически. Для таких действий низкого порядка не требуется больших затрат психической энергии и эффективности высокого уровня. Однако для того, чтобы направить внимание на значимые стимулы в сложной ситуации, связать их воедино, игнорируя при этом нерелевантные стимулы, индивид должен осуществить действия более высокого уровня – сознательные, произвольные и сложные. Ментальные действия более высокого порядка требуют большего расхода психической энергии и более высокого уровня психической эффективности. Таким образом, существует континуум сложности синтетических действий.

Реализация (Janet, 1903, 1928a, 1935a; Van der Hart et al., 1993; Steele et al., 2005) связана с созданием смысла переживания и поддержанием непрерывности чувства Я во времени и в контексте переживания разных ситуаций, а также с формированием автобиографических нарративных воспоминаний (эпизодической памяти). Вообще говоря, *реализация* представляет собой более сложное действие, чем синтез. Кроме того, протекание синтеза не требует полноты *реализации:* распространенная проблема у тех, кто страдает от последствий психической травмы. Однако действия синтеза создают основу для *реализации* и поэтому не могут быть полностью от нее отделены. Эта глава посвящена синтезу, тогда как *реализация* будет подробно рассмотрена в следующей главе.

ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ МЕНТАЛЬНЫМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Значительная доля процессов интеграции в нашей психической жизни протекает мгновенно и автоматически, без участия нашего сознания. Однако интеграция опыта переживания некоторых особых событий требует времени, напряжения сознания и сложных ментальных действий. Например, это могут быть события, которые связаны с перестройкой системы убеждений,

изменением чувства Я в самых разных ситуациях; или события, которые вызвали страдания или оказались несовместимы с системой наших ценностей. Любой из перечисленных выше аспектов по отдельности и все они вместе могут иметь отношение и к опыту переживания психотравмирующей ситуации.

Для успешного достижения поставленных целей и осуществления связанных с ними адаптивных действий необходим синтез (связывание и дифференцирование) восприятий, состояний и процессов в аффективной сфере, мыслительной деятельности, движений тела, которые происходят и в данный конкретный момент и разворачиваются с течением времени. Синтез обычно понимается как «процесс». Однако этот процесс, по сути, состоит из совокупности определенных психических и поведенческих действий. Работая с нашими пациентами, страдающими от последствий психической травмы, мы можем распознавать и поощрять действия, составляющие процесс синтеза. Под действием обычно понимается то, что мы делаем и говорим во внешнем мире для достижения результата. Но действия – это не только движения или поведенческие акты, это еще и ментальные действия: сенсорные восприятия (в том числе телесные ощущения), чувства, мысли, воспоминания, фантазии, планы и суждения (Janet, 1926b, 1928a,b, 1929b). Ментальные действия далеко не всегда сопровождаются моторными актами (Janet, 1927). Однако поведенческие действия зависят от динамического интегративного взаимодействия между перцептивными, аффективными, когнитивными и моторными действиями, направленными на достижение определенных целей.

Современные нейробиологические исследования показывают большое сходство нейронных механизмов ментальных и поведенческих действий. Например, зеркальные нейроны активируются не только при исполнении поведенческого действия, но и при ментальном действии наблюдения за тем же поведенческим актом при его мысленном представлении или узнавании (например: Garbarini & Adenzato, 2004; Stamenov & Gallese, 2002). Когда мы испытываем боль или видим, как страдает тот, кого мы любим, активируются одни и те же нейроны в мозговой структуре островка Рейля (Singer et al., 2004), который связан с эмоциями, болевыми ощущениями и мотивацией. Эти и другие исследования показывают, что зеркальные нейроны помогают *моделировать* опыт других, участвуя в нашей способности к эмпатии и ментализации (Gallese et al., 2004), – две важные тенденции к действию, которые так часто отсутствуют у жертв травмы. Кроме того, зеркальные нейроны участвуют в научении через имитацию поведения с опорой на ментальное моделирование (Rizzolatti & Craighero, 2004).

Зеркальные нейроны также помогают нам предвосхищать следствия своего поведения. В действительности ментальное действие восприятия предполагает гораздо больше, чем просто отслеживание событий. Оно связано и с *прогнозированием* того, что может произойти в следующий момент, поскольку предполагает *ментальное моделирование* поведенческого акта (Berthoz, 2000; Llinás, 2001). Наши восприятия и мыслительные операции воплощены в сфере

телесного, то есть укоренены в телесном взаимодействии с миром, и зеркальные нейроны играют в этом процессе важную роль (Garbarini & Adenzato, 2004; Smith & Gasser, 2005; Wilson, 2001, 2002). Эту догадку когда-то высказал Жане (Janet, 1935a), отмечавший, что восприятие не только стимулирует непосредственную реакцию на ситуацию, но и включает оценку возможных будущих актов восприятия. Например, когда пациенту кажется, что терапевт сердится, он также представляет себе, как сердитый терапевт может повести себя дальше, например, воображает себе крики или нападение со стороны терапевта. Дальше пациент реагирует на этот прогноз своим поведением, например, впадает в состояние оцепенения. Все это совершается за тысячные доли секунды.

Невозможно отделить ментальные действия от поведения во внешнем мире. Это синергичные партнеры, взаимодействующие друг с другом на пути достижения адаптации. Ментальные действия восприятия, а также и телесные и аффективные ощущения, мыслительные операции и поведенческие действия протекают не изолированно, они составляют единую систему, находятся в отношениях взаимной зависимости и информационного взаимообмена (Barkow et al., 1992; Buss, 2004; Hurley, 1998). Такой «контур» обратной связи обозначается как *динамический перцептивно-моторный цикл действия* (Arbib, 1981; Fuster, 2003; Hurley, 1998). Перцептивно-моторные циклы действия должны обладать организацией и направленностью, иначе они будут представлять собой хаотический набор ментальных и поведенческих действий (Edelman & Tononi, 2000). На самом деле, внутренняя согласованность циклов действий определяется целями, которые вырабатываются в недрах систем действий. Важным элементом циклов действия также является процедура оценки степени достижения цели. Наши цели, независимо от того, идет ли речь об общении с другими людьми, игре, отдыхе, работе, решении проблем, поиске безопасности, – во многом зависят от систем действий, активных в тот или иной момент времени. Другими словами, конкретные перцептивно-моторные циклы действия (то, что мы воспринимаем, думаем, чувствуем и делаем) организованы и ограничены системами действий, частью которых они являются.

Состояние пациентов, переживших травму, их диссоциативные части и взаимодействия между ними, можно рассматривать с точки зрения этих циклов и их целей. Поскольку для некоторых диссоциативных частей может быть блокирован или частично ограничен доступ, по крайней мере, к некоторым восприятиям и целям, принадлежащим личности индивида до диссоциации, то использование перцептивно-моторных циклов, принадлежащих сфере определенной диссоциированной части, может оказаться неадекватным в той или иной конкретной ситуации. Например, вряд ли диссоциативная часть, ограниченная системой защиты и соотвествующими перцептивно-моторными циклами, сможет проявить в сложной социальной ситуации точность восприятия и гибкость во взаимодействии с другими людьми. Скорее всего, какие-то стимулы она истолкует как угрозу и поведет себя соответствующим образом.

Степень адаптивности какого-либо поведенческого действия в целом зависит от того, насколько точным будет прогноз результата действия, за построение которого отвечает соотвествующее ментальное действие. Например, пациент может ожидать, что за обменом крепким рукопожатием с терапевтом последует чувство надежного контакта с терапевтом. Через рукопожатие мы получаем много информации, которая соотносится с идеей контакта: то, как мы подходим для рукопожатия, его длительность и сила, сочетание с контактом глаз и др. Мы должны оценивать (одно ментальное действие) свои поведенческие действия по мере того, как они разворачиваются, чтобы сравнить (другое ментальное действие) его результаты с целью (Carver & Scheier, 2000; Hurley, 1998).

Дезадаптивные действия жертв травмы часто связаны с неточным или даже вовсе ошибочным прогнозом в отношении собственных действий и действий других людей. В зависимости от взаимодействия восприятия, аффекта, мыслительных операций и телесных движений один пациент (или диссоциативная часть личности) может посчитать рукопожатие ободряющим и поддерживающим, тогда как другой (или другая часть) найдет его пугающим и отдернет руку, а еще кому-нибудь (другой части) вообще покажется, что терапевт на самом деле брезгует рукопожатем с такой грязной и отталкивающей персоной (то есть с другой частью личности).

ИНТЕГРАЦИЯ И ЦЕЛИ ДЕЙСТВИЙ

Наши биопсихосоциальные цели варьируют от наиболее базисных (таких как потребности в пище, отдыхе, безопасности) до экзистенциальных и утонченных (таких как стремление улучшить качество отношений, искать духовный смысл, приносить пользу и соблюдать этические нормы). Видимо, можно утверждать, что цели человека определены базисными системами действий, в ведении которых находится активность в повседневной жизни и защитное поведение, а также отношениями высшего порядка между разными системами действий. Эти системы и межсистемные отношения высшего порядка, которые создаются нами, помогают нам ставить адаптивные цели (например, избегать того, что отталкивает нас, и стремиться к полезному, к тому, что привлекает). Цели часто соотносятся с ценностными ориентирами систем действий (например, что является привлекательным, хорошим, важным). Иерархия ценностей помогает нам ориентироваться и настраивать наши действия в соответствии с теми значениями, которые приобретают изменения, происходящие вовне и внутри нас. Системы действий, таким образом, во многом определяют, что и как мы воспринимаем, отвергаем, чувствуем, ценим, думаем и делаем, то есть что мы сознательно или неосознанно интегрируем. Перед человеком, пережившим травму, стоит задача вновь научиться интегрировать точные восприятия текущей ситуации с соответствующими системами действий и их целями.

Проблемы с целеполаганием у жертв травмы

Как отмечалось выше, согласно первому принципу теории структурной диссоциации, при хронической травме человек пытается адаптироваться к своему внутреннему и внешнему миру, но его психический уровень и ресурсы не всегда достаточны для адаптивных действий. Тогда в качестве компенсации индивид прибегает к замещающим ментальным и поведенческим тенденциям к действию (Janet, 1919/1925, 1928b). Недостаток интеграции у людей, переживших травму, существенно ограничивает их возможности достижения целей, круг целей, к достижению которых они могли бы стремиться в определенной ситуации, а также снижает вероятность адаптивных действий, направленных на достижение поставленных целей.

Когда во время терапевтической сессии Эли, 54-летняя женщина с диагнозом НДР, заметила признаки недовольства у своего терапевта, обнаружившего вдруг, что кто-то (это была не Эли) без спроса взял его любимую авторучку, она подумала, что терапевт злится на нее. Для ВНЛ Эли были понятны объяснения терапевтом причин его недовольства, не связанного с ней. Однако вскоре проявилась испуганная АЛ Эли. Хотя эта часть ее личночти смогла точно определить эмоциональное состояние терапевта, поняв, что тот рассержен, ее интерпретация гнева терапевта как угрозы нападения, основанная на опыте отношений с отцом, который был склонен к насилию, была ошибочна. В конечном счете, реакцией АЛ на рассерженного терапевта было состояние оцепенения. Круг воспоминаний, доступных для АЛ Эли, был ограничен лишь фактами физического насилия со стороны отца, что и оказывало решающее влияние на ее восприятие, чувства, мыслительные операции, движения тела и цели. Кроме того, синтезу этой АЛ были доступны лишь краткосрочные выгоды ее действий, то есть немедленное удовлетворение потребности в безопасности, но не цена, которую она платила за это в долгосрочной перспективе. Между тем долгосрочные последствия этого и для АЛ и для личности Эли в целом были очень серьезны и негативны: усиление избегания ВНЛ вторгающейся АЛ, ригидное использование дезадаптивных защит в безопасных ситуациях, недостаток ментализации АЛ в отношении действий других людей, застревание на травматических воспоминаниях, сохранение структурной диссоциации.

На примере Эли мы видим проблемы которые возникают у пациента, страдающего от последствий психической травмы, в силу того, что он не осознает, что цель уже достигнута, и дальнейшие действия, направленные на ее *реализацию,* являются дезадаптивными. АЛ Эли все еще защищалась от отца, прибегая к реакциям оцепенения, не отдавая при этом себе отчета в том, что ситуации физического насилия со стороны отца остались в далеком прошлом.

Иногда мы должны корректировать наши цели, и для этого часто требуется достаточно высокий психический уровень. Люди, страдающие от последствий

травмы, далеко не всегда понимают, когда именно необходима и возможна такая «повторная калибровка» (Carver & Scheier, 2000). Когда цель недостижима, лучше всего на время оставить свои попытки, пока ее достижение не станет более реальным. Если же цель недостижима в принципе, то мы должны отказаться от нее. Требуется высокий психический уровень для понимания того, что ключевая цель, достижение которой потребовало столько усилий (например, желание нормальной любви жестоких родителей), совершенно недостижима. Однако психический уровень людей, страдающих от последствий психической травматизации, далеко не всегда достаточно высок, поэтому они вновь и вновь повторяют действия, направленные на достижение нереалистичной цели.

АЛ Эли отчаянно желала любви родителей и не могла понять, что она должна отказаться от этого и оплакать эту утрату. АЛ Эли не могла смириться с тем, что ее цель недостижима и нет смысла к ней стремиться. Она снова и снова пыталась завоевать их любовь, даже, несмотря на то, что ее ВНЛ избегала контактов с родителями, вполне отдавая себе отчет в том, что отношение родителей к ней никогда не изменится. ВНЛ Эли избегала АЛ и не осознавала, что она (ВНЛ) обладает достаточно высоким психическим уровнем для интеграции АЛ. ВНЛ Эли не проводила коррекции целей избегания АЛ с тем, чтобы принять цель постепенной интеграции.

КОНФЛИКТЫ МЕЖДУ ДИССОЦИАТИВНЫМИ ЧАСТЯМИ СВЯЗАНЫ С КОНФЛИКТУЮЩИМИ ЦЕЛЯМИ

В жизни любого человека могут возникнуть ситуации, когда этот человек стремится к достижению противоречивых целей. Однако при этом он сохраняет способность к интеграции благодаря тому, что все-таки может найти компромисс между разными целями, выстраивая приоритеты и правильно оценивая свои возможности. Людям, страдающим от последствий психической травмы, недостает уровня психической эффективности, который претерпел у них драматическое снижение, для того, чтобы интегрировать конфликтующие между собой цели. Кроме того, разрешению внутренних конфликтов в значительной степени препятствует структурная диссоциация, которой подвержена личность человека, пережившего психическую травму, так как разные аспекты конфликта могут быть разведены по разным доссоциированным частям личности, поэтому жертвам травмы трудно или даже почти невозможно признать своими другие части собственной личности или цели, принадлежащие этим частям, так как эти цели и части могут казаться совершенно чуждыми той части личности, которая доминирует в данный момент. У диссоциативных частей могут быть самые разные представления о приоритетах жизненных ценностей и целей. Так как поле сознания диссоциативных частей сужено, а его грани-

цы жестко фиксированы, то в своих оценках действий они склонны исходить из системы координат, задаваемых той системой (или системами) действий, которая опосредует их активность.

При структурной диссоциации барьеры частичной или полной амнезии могут скрывать как действия, так и цели разных частей (Braude, 1995). Бывают также, что некоторые части осознают цели других частей, однако утверждают: «Это не имеет ко мне никакого отношения». Одни диссоциативные части могут проявлять эмпатию по отношению к другим частям. Однако более обычными чувствами, которые возникают у одних частей в ответ на осознание желаний и потребностей других, являются смущение, испуг, презрение или стыд. Эмпатия и понимание целей и устремлений другого требует выхода за пределы собственного опыта, ограниченного определенными рамками, чего явно недостает многим диссоциативным частям. Такое негативное отношение частей друг к другу вызвано процессом обусловливания (об оценочном обусловливании, см. главу 10). ВНЛ пациента, гордящейся тем, что никогда не гневается, потому что не хочет быть похожим на своего жестокого брата, скорее всего, будет сложно принять другую часть личности, склонную к вспышкам гнева и стремящуюся к возмездию. АЛ, для которой секс является чем-то омерзительным, будет нелегко принять отношение к сексу другой части личности, которой сексуальные отношения приносят радость. Морализирующая часть может стыдиться части, склонной к злоупотреблению спиртными напитками и безуспешно пытающейся отделаться от этого пристрастия. Эти противоречия часто становятся очень острыми, а порой и невыносимыми. Однако для успеха терапии необходимо, чтобы между всеми частями было достигнуто взаимное понимание и принятие. Мэрилин ван Дебур выразила это такими словами:

> Я [ВНЛ] никак не могла найти способ вновь соединиться с ночным ребенком [АЛ], которого когда-то бросила. Я тогда просто ненавидела ее, и у меня не было к ней ни капли сочувствия. В конце концов я стала понимать, что так и останусь обреченной влачить свое жалкое существование, если не перестану относиться к ней так безжалостно (Van Derbur, 2004, p. 281).

ФАЗЫ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ

Наши действия направлены на достижение конкретных целей. Мы добиваемся наилучших результатов на пути достижения цели, если нам удается подготовить действие, инициировать и реализовать его, оценивая при этом продвижение к цели, и, наконец, завершить действие, достигнув желаемого. Если действие исполняется без срывов от начала и до своего завершения, то перечисленные фазы достижения цели слиты воедино и плавно переходят одна в другую. Однако люди, страдающие от последствий пережитой психической

травмы, порой застревают на разных фазах достижения целей, или разных стадиях тенденций к действию (см. также главу 9).

Подготовка

Как уже отмечалось ранее, когда мы готовимся что-то сделать, мы проигрываем в воображении наши действия. Эта внутренняя работа уже сама по себе является интегративным психическим действием, состоящим из планирования и оценки ожидаемых результатов. Это действие может быть сознательным и произвольным, а может осуществляться неосознанно. Подготовка служит задачам адаптации только в том случае, если в самом планируемом действии есть *необходимость,* и мы отдаем себе отчет, ради чего мы хотим его предпринять. Например, готовность к немедленному отражению нападения будет адаптивной только в том случае, когда опасность неотвратима. Однако люди, пережившие травму, всегда готовят себя к защите даже в ситуации полной безопасности. Их восприятие отличается избирательностью, в первую очередь их внимание приковано к тем стимулам, которые могут быть истолкованы как угроза (или на самом деле являются таковыми). При этом они, как правило, игнорируют те стимулы, которые могут свидетельствовать об отсутствии угрозы, преувеличивая, таким образом, вероятность опасности и недооценивая благоприятные для себя факторы. Например, переживший травму человек в любых отношениях будет, прежде всего, ожидать, что его отвергнут, почти не обращая внимание на проявления заботы о нем. С другой стороны, к определенным действиям жертвы травмы могут оказаться совершенно не подготовленными. Так, ВНЛ людей, переживших травму, недостает интеграции сигналов опасности, поэтому эта часть их личности, напротив, может недооценить опасность. В других случаях индивид не может внутренне приготовиться к значимому социальному взаимодействию, потому что в детстве им пренебрегали в такой степени, что у него просто отсутствует необходимая основа для того, чтобы проиграть в воображении межличностную ситуацию и ее развитие.

Инициирование

Строить планы гораздо легче, чем воплощать их в жизнь. Для того чтобы действие стало исполняться, необходим определенный психический уровень, и если он слишком низкий, то планы могут остаться нереализованными. Психический уровень жертв травмы может быть достаточным для создания самых лучших планов, но недостаточным для проведения их в жизнь. Внешне это проявляется в том, что, еще не начав действовать, человек испытывает сильную скуку или утомление, вдруг обнаруживается, что он не способен координировать более сложные действия, боиться неудачи или того, что за успех придется заплатить слишком много и он лишится чего-то важного (например: «А что, если мне вдруг захочется расстаться со своим партнером, если мне станет лучше»).

Исполнение и последовательная оценка действия

В системах действий заложен побуждающий импульс к постоянной оценке результатов поведенческих актов, составляющих циклы восприятия, чувств, мышления и моторных актов (то есть перцептивно-моторные циклы). Мы постоянно оцениваем баланс (а значит, интегрируем) между затратами на текущие действия и теми выгодами, которые они нам приносят, с точки зрения достижения поставленных целей. Благодаря повторяющимся перцептивно-моторным циклам осуществляется оценка и, таким образом, регуляция практически любой тенденции к действию: от простого телесного движения до чрезвычайно сложных ментальных действий осознавания [*реализации*] и творчества. Непрерывная оценка результатов собственных действий (что само по себе является психическим действием) подсказывает нам, например, когда следует отказаться от прежнего плана и разработать новый. Чем больше внутренних и внешних событий, имеющих отношение к процессу достижения поставленной цели, мы в состоянии синтезировать и оценить, тем более эффективными будут наши действия. Целенаправленные действия, по сути, представляют собой усилия, направленные на то, чтобы сократить разрыв между желаемым и фактическим состоянием дел (Carver & Scheier, 2000). Например, если действие разворачивается в рамках защитной системы, то наши оценки помогут нам понять, насколько эффективной является выбранная нами стратегия защиты, нуждаемся ли мы в том, чтобы изменить тактику (ср.: Carver & Scheier, 2000). Гибкость таких переключений возможна благодаря наличию разных подсистем и взаимосвязям между ними или, другими словами, доступным репертуаром защитных действий. Однако такие быстрые и плавные переходы могут происходить только на основе интеграции разных компонентов защитной системы. То же самое можно сказать и в отношении других систем действий – эффективность их функционирования требует интеграции составляющих их компонентов (подсистем и способов действия).

Всякий раз, когда это возможно, достижение краткосрочных актуальных целей должно рассматриваться в контексте долгосрочных целей. Ментальные и поведенческие действия только тогда могут быть признаны адаптивными, когда мы интегрируем настоящее и будущие последствия. Такое интегративное действие мы назвали *презентификацией* (см. главу 8). Часто также возникает необходимость рассматривать отдельное действие в более широком контексте целей и потребностей личности в целом. Другими словами, мы должны обладать способностью оценивать наши действия в контексте большинства, а может быть, и всех систем действий и их целей, которые и составляют в совокупности нашу личность. Например, в ответ на приступы ярости пациента, который осыпает терапевта оскорблениями, терапевт может реагировать в той же манере. Защитные действия терапевта могут остановить вербальную

агрессию пациента, то есть цель системы защиты терапевта будет достигнута. Однако эти же действия могут разрушить терапевтические отношения без надежды на восстановление, так как стремление к достижению целей систем заботы о другом и привязанности терпит полный провал. Адаптивные терапевтические действия, как и многие другие действия, необходимые в повседневной жизни, предполагают тонкую и сложную интеграцию самых разных систем действий и их целей.

Поскольку обратная связь как в отношении своих собственных действий, так и действий других частей оказывается недоступна для диссоциативных частей личности, то им трудно адекватно оценивать эффективность своих действий. Они могут избегать или игнорировать свое тело, не обращать внимания на признаки дискомфорта или боли; ничего не знать о тех диссоциативных частях, которые могли бы предоставить важную обратную связь, или избегать этих частей; не обращать внимание на сигналы, которые появляются в окружении или в контексте отношений с другими людьми. Например, при самоповреждении (порезы или ожоги) некоторые части не сознают ущерба, который они причиняют, или не чувствуют боль. Могут быть и такие части, которые не согласны с тем *фактом,* что все части одной личности обладают одним и тем же телом. ВНЛ жертвы травмы может пропустить что-то важное и не предпринять вовремя необходимых мер, если она игнорирует голос, который звучит изнутри и принадлежит молящей о помощи испуганной части. Тогда как у АЛ, фиксированных на травматических воспоминаниях, ничего не меняется в их поведении, основанном на реакциях страха, так как у них нарушена обратная связь с реальностью настоящего.

Завершение и реализация

Когда мы понимаем, что желанная цель достигнута, мы завершаем наши действия. Основной принцип психологии действия Жане заключается в том, что успешно выполненное и завершенное действие повышает нашу психическую эффективность. Однако этот желаемый результат возможен только при условии интеграции осознания того, что мы на самом деле достигли цели, а значит, и завершили действие. Признание достигнутого успеха и соотнесение этого факта с чувством Я (то есть персонифицивикация; персонификация как аспект *реализации* будет рассмотрена в следующей главе) составляет *действие триумфа* (Janet, 1919/1925, 1928b). Действие триумфа выражается в широкой улыбке ребенка, который впервые проехал на велосипеде без посторонней помощи, в восторженных прыжках футболиста, забившего мяч, в радости пациента, который добился большей автономии.

Требуется определенная степень психической эффективности для осознания своих маленьких и больших успехов. Однако у жертв травмы довольно часто достижение поставленной цели и завершение действия не приводит к повышению психической эффективности, так как их действия лишены со-

отнесенности с чувством Я и личной заинтересованности, поэтому остаются недооцененными. Могут быть и другие причины, по которым люди, страдающие от последствий психической травмы, приуменьшают или обесценивают свои успехи.

Структурная диссоциация личности связана с нарушением основных интегративных действий, то есть с невозможностью (ре) интеграции диссоциативных частей. Этот внутренний дефицит тесно связан с переживанием отсутствия завершенности действия, чем по своей природе и являются травматические воспоминания (Janet, 1919/1925, 1928a; Van der Hart, 1993). Как отмечалось ранее, согласно наблюдениям Жане, жертвы психической травмы

> продолжают действие, или скорее попытку действия, которое они пытались предпринять во время травматического события; и эти бесконечные повторы истощают их. Для него [жертвы травмы] сложная ситуация, в которой он повел себя совсем не так, как считал нужным, а попытка адаптации сорвалась, осталась незавершенной, поэтому [переживший психическую травму] человек продолжает свои действия по достижению адаптации в ситуации, которая фактически уже принадлежит прошлому. Это воспроизведение ситуации, эти бесконечные усилия вызывает истощение у жертвы травмы (Janet, 1919/1925, p. 663).

Как правило, травматические воспоминания сопровождаются стремлением к достижению невозможной цели, принадлежащей, по большей части, прошлому (например, дать отпор насильнику или добиться внимания и любви безразличного и/или бесчувственного родителя). Эта бесполезная трата сил приводит только к истощению энергии и снижению психичсекой эффективности. Результатом является состояние посттравматического спада, когда у человека не остается сил для достижения насущных жизненных целей и, в конечном счете, он приходит к переживанию собственного краха и коллапса. Однако способности к адаптации человека, страдающего от последствий травмы, могут существенно повысится, если ему удается найти в себе ресурсы энергии для того, чтобы совершить определенную внутреннюю работу, осознать, что травматическое событие осталось в прошлом. Достижение этой цели предполагает *реализацию* того, что прошлое уже нельзя изменить, что психотравмирующее событие сильно повлияло на жизнь человека, а также то, что оно завершилось и не продолжается в настоящем. Полная *реализация* того, что травматическое событие завершилось и не продолжается в настоящем, является наиболее трудным действием, которое требует высокого психического уровня. Это действие запускает болезненный процесс оплакивания всех утрат, для которого также необходим высокий психический уровень. Значительная доля усилий в терапевтической работе с пациентами с хронической травмой посвящена достижению психического уровня, необходимого для решения этих задач.

ИНТЕГРАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ И ТРАВМАТИЗАЦИИ

Интеграция, которая представляет собой совместное действие синтеза и *реализации,* связана с самыми разными действиями, разворачивающимися на разных уровнях: от наиболее базисного уровня организации нейронов в нейронную сетевую структуру до адаптивной и творческой жизни, решения сложных проблем, которые ставит перед нами современный мир. В конечном счете, именно благодаря интеграции мы приобретаем специфически человеческую способность придавать смысл и выстраивать связи в наших переживаниях мира и самих себя во времени (Janet, 1929a; Siegel, 1999; Tucker, Luu & Pribam, 1995). Как уже отмечалось, то, что мы интегрируем, во многом зависит от наших врожденных систем действий и принадлежащих им базовых эмоций, которые обслуживают основные организующие функции. В норме личность характеризуется выраженной способностью к интеграции широкого круга психических и поведенческих тенденций к действию (Janet, 1889) не только в рамках одной системы действий, но всех систем в совокупности.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ КАК ОСОБАЯ ФОРМА НАРУШЕНИЯ ИНТЕГРАЦИИ

Интеграцию можно рассматривать как континуум. Каждый человек испытывает некоторую степень интегративной «дисфункции» в тот или иной период своей жизни. Однако далеко не всегда неудача интеграции означает развитие структурной диссоциации. Как упоминалось выше, особенностью структурной диссоциации, вызванной психотравмирующим переживанием, является чрезмерное разделение или невозможность интеграции биопсихосоциальных систем, которые вместе образуют единую личность. Существенным элементом такой диссоциации является фрагментация чувства Я. Обычно мы ощущаем самих себя по-разному в разных ситуациях: когда мы работаем и когда мы играем, в любовных отношениях и когда мы становимся жертвой грабителей, в детстве и в зрелом возрасте. Мы должны интегрировать эти разные переживания себя и своего мира и построить из них единую историю: «*Я* тот же человек, который работает, играет, любит и был ограблен; *Я* уже взрослый, я больше не ребенок, но я *тот же* самый человек: все эти переживания принадлежат *мне*».

Однако для диссоциированной личности такая степень интеграции недоступна, по крайней мере, полностью. Иногда структурная диссоциация является результатом переживания единичного травматического события и ограничена одной ВНЛ и довольно простой АЛ, как это бывает при неосложненном ПТСР. При хронической детской травматизации нарушения интеграции могут быть гораздо серьезнее. Обычно дети, подвергающиеся насилию, очень сильно ограничены в доступе к тем внутренним механизмам, при помощи кото-

рых происходит формирование связности Я – чувства единства и единственности Я (Stern, 1985).

Как правило, мы говорим о своем Я как об активном субъекте интеграции: «*Я* интегрирую свой опыт». Но на самом деле «*Я* не интегрирует переживания, а, скорее, само является *результатом* интегративных действий» (Loevinger, 1976; Metzinger, 2003). Единое чувство Я возникает, когда мы осознанно или неосознанно интегрируем множество *я,* или состояний *я,* являющихся частью нормального развития (Harter, 1999; Stern, 1985) и обусловленных, как мы полагаем, во многом различными системами действий (или их констелляциями), а также подсистемами и образами действия, которые составляют эти системы. Пациентам с травматической структурной диссоциацией не удаются адекватные интегративные действия, создающие и поддерживающие единое чувство Я и личность.

Синтез

Часто для достижения наших целей мы должны совершить некоторую последовательность или «цепочку» интегрированных ментальных и поведенческих действий. Интеграция этих действий сама по себе является психическим действием, которое может быть сознательным или неосознаваемым. *Синтез* включает *связывание* и *дифференциацию* ментальных и поведенческих действий, которые формируют наш внутренний и внешний мир в определенный момент. Таким образом, мир, который мы постигаем через наш опыт, не является чем-то данным извне, но непрерывно создается человеком на основании его субъективных оценок. Синтез, скорее, следует рассматривать с позиции идеи континуума, а не дихотомического формата «все или ничего». Наша способность к синтезу подвержена колебаниям. Например, качество синтеза будет выше в состоянии активного бодрствования по сравнению с состоянием усталости. Именно благодаря синтезу формируется нормативная целостность сознания и личной истории, которая получает дальнейшее развитие на более высоких уровнях интеграции. Если синтез незавершен, то результатом этого могут стать изменения сознания и диссоциативные симптомы. При сужении поля сознания или снижения его уровня синтез некоторых стимулов может быть затруднен. Более того, осознание некоторых стимулов при данных условиях может быть смутным или вообще отсутствовать. При структурной диссоциации синтез определенных стимулов протекает в рамках только одной диссоциативной части (или ограниченного числа частей), тогда как другие части в этом не принимают участия. Однако, если наряду с диссоциацией индивид подвержен сужению поля сознания и понижению его уровня, то необходимый для успешной адаптации синтез определенных стимулов может отсутствовать во всех диссоциативных частях личности. Например, часто вся личность Сьюзан, пациентки с РДИ, все ее диссоциативные части разом погружались в состояние транса, так что все эти части утрачивали контакт с настоящим и ни у одной из них не сохранялись воспоминания о том, что происходило

с ними во время этих эпизодов. Мы называем *центральным* синтез, который протекает в данный момент или касается данного конкретного события, тогда как *расширенным* мы называем синтез, который направлен на переживание, развернутое в определенном интервале времени и/или обладающее некоторой временной перспективой.

Центральный синтез. Центральный синтез предполагает не только связывание ощущений, эмоций, мыслей, поведенческих актов и чувства Я, но также и их дифференциацию в определенный момент или в определенной ситуации. Другими словами, для того чтобы синтез, осуществляемый в определенный момент, помогал решению задачи адаптации, в его сферу должны быть включены наиболее важные внутренние и внешние стимулы, а также соответствующие перцептивно-моторные циклы. На более глубоком уровне центральный синтез состоит в непосредственной организации связей между разными системами действий и координации их активности. Адаптивный центральный синтез поставляет материал для расширенного синтеза, охватывающего длительные временные периоды. Нарушения центрального синтеза могут проявляться в симптомах структурной диссоциации и нарушениях сознания.

Объект нашего синтеза в данный конкретный момент определяется теми тенденциями к действию и системами действий (и способом их функционирования), которые активированы в данное время. Синтез поведенческих систем и их компонентов является важной задачей развития. Одним он удается лучше, чем другим, способность к синтезу также может меняться в зависимости от обстоятельств. Например, мы можем синтезировать системы действий хуже, когда наш психический уровень низок, как например, бывает, когда мы сильно устали, болеем или когда мы оказываемся в центре конфликта полярных интересов разных систем действий: «Срок исполнения работы истекает сегодня, однако я очень устал: должен ли я продолжить работу или сейчас мне все же лучше отдохнуть?».

Связывание. Связывание (или соединение) вместе разных аспектов нашего внутреннего и внешнего опыта является одной из составляющих синтеза в данный момент времени. Первый шаг связывания целенаправленных действий в единое целое относится к перцептивным действиям. Эта часть синтеза протекает по большей части автоматически и неосознанно. Например, обычно мы автоматически и неосознанно соединяем вместе в одно целое ощущения движения и прикосновения, температуры, запаха, вкуса, зрения, и создаем на этой основе восприятие более высокого уровня. Однако так происходит не всегда. Например, синтез протекает далеко не автоматически, когда мы обучаемся новым навыкам или сознательно сосредотачиваем наше внимание на чтении специальной статьи, затрачивая при этом большие усилия.

Индивиды, страдающие от последствий травмы, могут столкнуться с трудностями уже на этом базисном уровне синтеза. Так, одни диссоциативные части личности способны к точному чувственному восприятию разных стимулов и построению между ними связей, а другие части не могут этого сделать. На-

рушение построения целостного восприятия может приводить к появлению самых разных симптомов, в том числе негативных симптомов соматоформной диссоциации, таких как аналгезия или кинестетическая анестезия.

> В детстве Эли неоднократно становилась жертвой сексуального насилия. Ее ВНЛ была способна получать удовольствие от секса. Однако когда ВНЛ Эли вступала со своим партнером в сексуальные отношения, тут же проявлялась АЛ, у которой отсутствовали генитальные ощущения, что создавало проблемы в сексуальной жизни Эли. Эта АЛ никогда не могла полностью синтезировать ощущения, исходящие из тазовой области тела Эли, так как во время эпизодов сексуального насилия защитной реакцией этой части личности было онемение в этой области тела, что позволяло блокировать травматические переживания.

Следующим шагом в направлении синтеза является соединение восприятия с мотивами и целями и установление связи между целями и действиями, необходимыми для их достижения. Далее, мы должны установить связи между нашими действиями и наиболее сильными мотивационными факторами, которыми являются, конечно же, эмоции. Диссоциативные части, которым не удается увязать свои чувства с контекстом переживания, внешне могут проявлять себя как эмоционально уплощенные или отстраненные. Эти диссоциированные части отрезаны от значительной доли чувств, которые направляли бы и мотивировали бы их, и им часто не хватает психической энергии и эффективности для того, чтобы осуществить адаптивное поведение.

Для того чтобы синтез служил достижению целей адаптации, необходима согласованность и взаимная связь систем действий. Например, ужин в компании не ограничен одним лишь принятием пищи (способ функционирования системы регуляции энергии), эта ситуация также подразумевает интеграцию действий, относящихся к системе социального взаимодействия, которые плавно перетекают друг в друга: привязанность, иногда игра, исследование и даже сексуальное поведение (например, флирт). Впрочем, мы также должны быть способны сдерживать системы действий, не соответствующие ситуации. Например, ужин не требует активации защитной системы, если, конечно, внезапно не появятся факторы угрозы; также времяпрепровождение в компании не предполагает флирт как обязательный атрибут. Однако, если эти тенденции к действию являются диссоциированными, то возможностей контроля их активации или торможения будет существенно меньше. Чем сильнее интеграция поведенческих систем и связанное с ними чувство Я, тем более гибкой *и* стабильной оказывается личность, что обеспечивает наилучшее функционирование в настоящем (Jackson, 1931/1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis et al., 2004).

> Для Мэри, пациентки с НДР, принимать пищу в присутствии других людей было мучительным и пугающим переживанием, поэтому она предпочи-

тала есть в одиночестве. Если же она вдруг оказывалась в компании в каком-нибудь кафе, то она избегала общего разговора, полностью сосредоточившись на еде. Обычно она съедала все очень быстро и находила предлог пораньше уйти из-за стола. У нее сформировалась жесткая и глубинная связь между принятием пищи в социальном контексте и защитным поведением, потому что в детстве семейные обеды проходили в атмосфере ругани, высмеивания и издевательств. В ее семье никогда не было открытых душевных бесед, совместных обсуждений серьезных проблем, общего смеха (системы социального взаимодействия, исследования, игры), поэтому Мэри не научилась интегрировать эти поведенческие системы и системы, связанные с питанием. Защита была адаптивным действием, когда в детстве Мэри находилась за одним столом с членами своей семьи, однако, когда она стала взрослой, это стало серьезно мешать ее общению с друзьями.

Наши ментальные и поведенческие действия должны быть связаны с осознанием себя (то есть нашим чувством Я). Развитие этого чувства главным образом зависит от формирования способности воспринимать то, что происходит внутри и вне нашего тела в конкретный момент и в данной ситуации (Damasio, 1999). При этом уже центральный синтез (то есть того, что происходит сейчас) требует участия нашей личной истории и генетического наследия, а также и нашей идентичности, сложившегося к тому моменту чувства Я (Fuster, 2003). Центральный синтез не обходится без некоторого синтеза прошлого, по крайней мере, того, который необходим для формирования воспоминаний имплицитной памяти (Edelman & Tononi, 2000).

Главной проблемой жертв травмы является то, что чувство Я диссоциативных частей ограничено слишком узкими и жесткими рамками, поскольку оно формируется на основании опыта, который не выходит за границы активности определенных систем действий, при этом существенная доля личной истории остается вне данной части, так как связана с активностью других систем и, следовательно, с другими диссоциативными частями. Если человеку, страдающему от последствий травмы, не удается удовлетворительным образом связать свои действия и чувство Я, то результатом этого будут симптомы деперсонализации. Например, когда Эли прикасалась к своему животу или гениталиям, у нее было чувство, что они принадлежат телу другого человека. Она *знала,* что это части ее тела, но она не *чувствовала* этого.

Итак, если диссоциативные части воспринимают чувства, мысли воспоминания, желания, действия и чувство Я других частей, но не считают их своими, то речь идет о недостаточном связывании. То же самое верно и в отношении частей, которые не могут синтезировать важные внешние стимулы. Например, некая часть личности, наблюдая, как терапевт меняет позу в кресле, может воспринять это как знак отвержения и неодобрения, при этом она игнорирует другие знаки, свидетельствующие о том, что терапевт сохраняет контакт и по-прежнему эмпатичен.

Дифференциация. Для того чтобы центральный синтез служил решению задач адаптации, недостаточно одного только связывания элементов, присутствующих в данный момент времени и в данном контексте, необходимо также обладать способностью отличать то, что мы делаем в действительности, от того, что мы воспринимаем. Важно знать, что наши восприятия, чувства, мысли и движения, хотя и связаны друг с другом, тем не менее это не одно и то же. Например, мы должны отличать собственное тело от объектов вне нас («Стул не являются частью меня», «Вы отличны от меня»). Это относится с самому базисному уровню тенденций к действию (см. главу 9).

Однако жертвы травмы иногда испытывают недостаток такой базовой дифференциации. Путаница между собственными мыслями и объективной данностью может вызывать у них сомнения: «Я действительно нахожусь сейчас на своем рабочем месте или это мне снится?». В других случаях они принимают галлюцинации за события, происходящие во внешнем мире: «Там стоит моя мать, она хочет схватить меня!». Иногда им трудно провести границу между желанием и поведенческим актом. Например, АЛ некоторых пациентов уверены, что они действительно убили насильника, хотя на самом деле это были только фантазии.

Внимание. Помимо знания о том, как определенные психические и поведенческие действия связаны между собой и в то же время отличаются друг от друга, мы должны также уметь распознавать, *какие* внешние и внутренние стимулы необходимо синтезировать, а какие игнорировать в конкретной ситуации. Такова функция *внимания,* а также проявление целенаправленности адаптивных (констелляций) систем действий. Внимание помогает концентрироваться, синтезировать, реагировать на главное и исключать второстепенное. Оно основано на тенденциях к действию и системах действия, направляющих наше поведение в данный момент (Fuster, 2003). Таким образом, с вниманием связана способность игнорировать нерелевантные стимулы, что необходимо для организации нашего опыта. Внимание само по себе является психическим действием, которое Жане (1935a) называл реакцией на неважное (*la réaction de l'insignifiant*). Некоторые пациенты не способны к совершению этого психического действия исключения и теряются в море деталей, не в силах выделить главное.

Здоровые люди могут при необходимости переключать внимание, меняя предмет синтеза в зависимости от требований, предъявляемых ситуацией. Однако жертвы травмы не могут «переключать передачи» с такой легкостью. Диссоциативные части склонны к фиксации суженного поля сознания, реагируя только на стимулы, связанные с их поведенческими системами, например, системой защиты. Иногда переключение внимания диссоциативными частями происходит вне контроля сознания и является реактивным и не соответствующим общему контексту ситуации. Такие переключения могут служит адаптации или мешать ей, они происходят из-за того, что некая диссоциативная часть реагирует рефлексивно на какой-то сильный стимул.

Некоторые внутренние и внешние стимулы обладают сильным естественным универсальным потенциалом активации определенной системы действий и известны как безусловные раздражители. Эти стимулы могут вызывать практически мгновенное адаптивное переключение внимания и смену целей. Например, мы реагируем на внезапный громкий звук позади нас мгновенной защитной реакцией. Для некоторых диссоциативных частей (или какой-то одной части) личности человека, страдающего от последствий травмы, в силу процессов научения устанавливаются ассоциативные связи между изначально нейтральными и безусловными стимулами угрозы. Таким образом, некогда нейтральные стимулы становятся условными раздражителями, вызывающими защитную реакцию. Внимание жертв травмы становится селективно фиксированным на стимулах, которые вызывают обусловленную реакцию защиты. В общем страдающие от последствий травмы люди становятся избыточно реактивными (Izquierdo, 2004; Peri, 2000). Однако не у всех диссоциативных частей функционирование внимания обладает такой особенностью. Поэтому в некоторых ситуациях определенный стимул может запустить у одной диссоциативной части защитную реакцию на угрозу, тогда как для другой это будет всего лишь нейтральный стимул в ряду многих других подобных.

> Одна из диссоциативный частей (АЛ) Пии, пациентки с РДИ, обладала личностной идентичностью шестилетнего ребенка. Эта АЛ сильно пугалась, когда у нее за спиной вдруг громко захлопывалась дверь. В прошлом этот звук был для нее сигналом приближения насильника, который затем избивал и насиловал ее. Однако ВНЛ Пии ничего не помнила о насилии, и звуки захлопывающейся двери не имели для нее никакого особого смысла. Когда во время терапии кто-то хлопнул дверью в соседнем кабинете, Пиа на секунду отвлеклась, но затем вернулась к работе. Однако вскоре она стала очень беспокойной. Она не понимала, что с ней происходит, однако сказала, что чувствует себя так, будто внутри нее находится монстр. Через мгновение произошло переключение между диссоциативными частями ее личности и появилась испуганная АЛ, которая со страхом смотрела на дверь кабинета, как будто из-за нее мог появиться кто-то очень опасный. Лишь спустя некоторое время страх этой АЛ стал слабее, после того как Пиа с помощью терапевта исследовала пустой коридор за дверью его кабинета, убедившись, что там никого нет.

Реакция на условный стимул индивида, пережившего психическую травму, будет тем острее, чем выше была в прошлом вероятность связи между появлением данного стимула и воздействием безусловных стимулов угрозы. Понимание этой связи может прийти к жертвам травматизации только через работу синтеза и оценки стимулов в контексте настоящего (то есть благодаря пониманию того, что именно происходит в настоящий момент). В ходе терапии жертвы травмы учатся игнорировать нерелевантные стимулы и останавливать неуместные защитные реакции, оттормаживая действия инициируемых

защитной системой в ответ на условный стимул, который, по сути, не имеет отношения к угрозе. Постепенно, по мере проработки этих реакций, пациенты вновь обретают способность уделять необходимую меру внимания нейтральным стимулам. Наряду с этим снижается активация защитных систем.

В общем внимание некоторых диссоциативных частей распределено весьма неравномерно: определенные условные стимулы не встречают должного отклика, тогда как несущественным стимулам уделяется слишком много внимания (то есть у этих частей слабая способность к дифференциации существенного и второстепенного). Например, ВНЛ Клары очень подробно рассказывала о своей работе, полностью игнорируя внутренние реакции тех частей своей личности, доминирующим аффектом которых был страх. Другие части личности могут быть очень внимательны к определенным условным стимулам, однако они не учитывают контекста (настоящей ситуации), в котором появляются эти стимулы, поэтому воздействие некоторых стимулов выводит их из эмоционального равновесия. Например, это могут быть какие-то обычные звуки в кабинете терапевта. Таким образом, внезапные изменения фокуса внимания у людей, пострадавших от психической травмы, могут быть объяснены различиями между диссоциативными частями в том, как у них функционирует внимание и осуществляется синтез (мы вернемся к теме обусловливания и понимания контекста ситуации в главе 10).

Терапевты должны отслеживать моменты, свидетельствующие о нарушении центрального синтеза у своих пациентов и помогать им в распознавании, связывании и различении релевантных в данной ситуации стимулов и игнорировании нерелевантных (то есть помогать в осуществлении действия выстраивания приоритетов). Терапевт помогает пациентам лучше понимать то, что они переживают в настоящий момент, осознавать, как функционирует их внутренний мир, принимать свои ощущения, эмоции и мысли (Hayes, Folette & Linehan, 2004). Следует поощрять пациентов к тому, чтобы при взаимодействии с терапевтом они не концентрировались на каком-то отдельном событии в поведении терапевта, захватившем все их внимание, а учились более точно понимать как можно более широкий спектр реакций человека, с которым они вступили в общение. Так, постепенно, пациенты учатся видеть целостную картину и меньше обращать внимание на то, что является несущественным.

Расширенный синтез. Достижение многих целей требует значительного времени и развернутых многосоставных серий, или цепочек действий. Параллельно с этими действиями должна осуществляться работа по их синтезу на протяжении всего времени, необходимого для их осуществления. Мы называем это сложное ментальное действие расширенным синтезом (то есть операции связывания и различения в разное время и в разных ситуациях). Расширенный синтез предполагает как создание связей между событиями и связанными с ними переживаниями, так и их различение. Например, мы устанавливаем связи между сегодняшними и вчерашними событиями, отда-

вая, однако себе отчет в том, что это разные события. Связи между событиями, которые мы устанавливаем, являются субъективными и определяются констелляциями систем действий. Основным преимуществом расширенного синтеза является то, что он позволяет нам учиться на опыте и, опираясь на него, находить более сложные и творческие решения жизненных задач.

Ассоциативные связи легче устанавливать между переживаниями, которые обладают некоторым сходством. Пострадавшие от психической травматизации, например, склонны к образованию ассоциативных связей между негативными аспектами опыта взаимодействия с совершенно разными людьми и в меньшей степени обращают внимание на позитивные моменты, происходящие, например, во время терапевтической сессии.

Наша эффективность в достижении тех или иных целей в общем определяется нашей способностью к непрерывному действию расширенного синтеза разных систем действий, а также к последующему построению связей между этими системами и изменениями, которые происходят во внутреннем и внешнем мире (например: Borkovec & Sharpless, 2004; Hurley, 1998). Некоторые цели могут быть взаимоисключающими, их одновременное достижение невозможно (например, отдых и работа), то есть некоторые системы действий не могут быть активированы одновременно. Кроме того, объем рабочей памяти является ограниченным. Поэтому мы не в состоянии одновременно совершать много разных и сложных действий. Таким образом, центральный синтез ограничен узкой сферой конкретных тенденций к действию и целей. Однако при расширенном синтезе операции связывания и различения, действующие на более протяженном отрезке времени, охватывают гораздо более широкий спектр действий и целей, которые могут быть согласованы между собой, обладать сходством и сильно отличаться друг от друга.

Примерами простых форм расширенного синтеза может быть прослушивание музыкального произведения, когда мы осуществляем синтез сложных последовательностей звуков в мелодию, или планирование дня по пути на работу. Расширенный синтез также помогает нам осуществлять сложные действия. Он помогает в создании истории жизни и связного чувства Я, поскольку мы способны к связыванию, различению и координации не только активности одной-единственной системы действий, но и сложного взаимодействия многих систем на протяжении длительного времени. Например, мы можем синтезировать наши интересы и опыт как родителя, партнера, профессионала, друга в качестве разных аспектов нашего целостного Я.

Именно недостаток синтеза является одной из главных причин того, что жертвы травматизации испытывают значительные трудности с обучением на своем опыте в разных сферах жизни. Так происходит потому, что люди, пострадавшие от травмы, не могут довести до завершения синтез своих переживаний. Разные части личности синтезируют разные составляющие опыта и цели, создавая, таким образом, не только разные картины мира в данный момент времени, но порой и разные личные истории. Однако в силу того, что раз-

деление между диссоциативными частями никогда не бывает абсолютным, между ними могут разыгрываться конфликты, обострение которых происходит за счет несовпадения целей, к которым стремятся разные части, а также различиями восприятий и опыта, сформированного благодаря синтезу (центральному и расширенному), который по-разному протекает у разных частей.

Знание трудностей, с которыми сталкиваются пациенты, страдающие от последствий травмы, в их попытках центрального и расширенного синтеза, помогает терапевтам понять многие диссоциативные симптомы и патологические изменения сознания, а также помочь пациентам в их разрешении.

РЕЗЮМЕ

Все мы интегрируем нашу личность и наш внутренний мир благодаря разнообразным ментальным и поведенческим действиям, протекающим осознанно или вне сферы осознания. Психология действия Жане помогает пониманию специфики действий, необходимых для интеграции, и их нарушений, сопровождающих структурную диссоциацию. С этой позиции, интеграция понимается не как результат некоторых «механизмов» или «процессов», но в связи со специфическими творческими интегративными действиями. Однако по крайней мере при некоторых формах психопатологии, включая структурную диссоциацию, наблюдаются серьезные ограничения этих интегративных действий. Наши интегративные ментальные и поведенческие действия регулируются системами действий (или их констелляциями). Эти системы побуждают нас к участию в определенных целенаправленных циклах восприятия, мыслительных операций и поведенческих действий. Травма приводит к нарушениям этих циклов и затрудняет интеграцию. Интеграция осуществляется на разных уровнях – от автоматического и базисного до сознательного и требующего высокого уровня психического функционирования. Основной формой интеграции является синтез.

ГЛАВА 8

Травматизация как синдром «не-реализации»

> Всякая реализация подразумевает обещание действия – рассказа о прошлом действии или обещание будущего действия. У некоторых людей сама мысль об осуществлении этих действий вызывает настолько сильную тревогу, что репрезентации такого рода становятся невозможными.
>
> *Пьер Жане* (Janet, 1945, p. 181–182)

Для интеграции недостаточно одного только синтеза. Она требует также сугубо человеческой способности создания смысла, целостного чувства времени, реальности, самого себя и личного опыта. Такие сложные ментальные действия, как *реализация* (Janet, 1903, 1928a, 1935a; Van der Hart et al., 1993), требуют более высокого уровня психического функционирования, чем синтез. Для людей, перенесших психическую травму, выполнение этого действия представляет особенную трудность, по крайней мере, в отношении их травматического опыта. Именно поэтому травматическая диссоциация личности получила название «*синдрома не-реализации*» (Janet, 1935a; cp.: Van der Hart et al., 1993). Ключевым аспектом травматизации является неспособность индивида постичь то, что с ним случилось, как это влияет на него и на его жизнь. Другими словами, неспособность к *реализации* связана с множеством способов *не знать* всей правды о пережитой психической травме (Laub & Auerhahn, 1993). В действительности люди, пережившие хроническую травматизацию, часто испытывают трудности *реализации* не только в отношении травматического события, но и в повседневной жизни.

РЕАЛИЗАЦИЯ

Если мы не будем осуществлять действия *реализации,* то наши попытки адаптации в меняющемся мире утратят связь с реальностью, в результате чего возникнет серьезный риск дезадаптации. В каждом действии *реализации* есть два

компонента (Janet, 1935a; ср.: Van der Hart, Steele et al., 1993). Прежде всего, мы *создаем совокупность представлений и убеждений* о переживании, о полученном опыте: что произошло, почему, с кем. Вслед за этим, основываясь на этих убеждениях, мы *вырабатываем последующие психические и поведенческие действия*. Другими словами, плоды нашего синтеза служат нам опорой в формировании мировоззрения и согласующегося с ним поведения.

Реализация присутствует на всех уровнях нашей жизни: от бытовой рутины повседневных дел до поисков смысла жизни на философском и духовном уровнях. Иногда для *реализации* достаточно одного мгновения, иногда это медленный и трудный процесс, требующий времени и высокого психического уровня. Как правило, действия *реализации* связаны с осознанными убеждениями, которые могут быть четко сформулированы. Например, разные люди в разных ситуациях могут сказать: «Я *понимаю* (*realize*), что: я не должен быть расточительным; я хороший человек; мой отец умер и уже не причинит мне вреда; я взрослый, я могу быть ответственным за себя, за свою жизнь и то, что происходит со мной, имеет смысл». Вряд ли представления, формируемые в ходе *реализации,* могут быть охарактеризованы как скоропалительные, некритические и легковесные. Напротив, они являются взвешенными, хорошо продуманными и задействуют скорее *рефлексивные,* чем *дорефлексивные* тенденции к действию. Таким образом, *реализация* способствует изменениям в привычных психических и поведенческих действиях или открывает для нас новые возможности и позволяет действовать по-другому (см. главу 9).

Реализация не сводится к интеллектуальному когнитивному действию, в ней также присуствует аффективная и поведенческие составляющие, которые следуют из знания о том, что факт или личное переживание являются реальными и влекут за собой определенные последствия для жизни индивида. Мы принимаем наш опыт, каким бы он ни был, в счастье и горе и изменяем наше поведение, как того требуют от нас обстоятельства (Janet, 1935a, 1945). Одним словом, убеждения, формирующиеся при *реализации,* представляют собой результат скорее «горячих», чем «холодных», когнитивных операций (ср.: Abelson, 1963). *Реализация* создает новые связи между нашим миром и нашим чувством Я, и, как следствие, способствует изменению себя и своего мира. В этом смысле *реализация* играет центральную роль в «создании» нашей личности (Janet, 1929a).

Травма и социальная не-реализация

Недостаток *реализации* не является проблемой одних лишь жертв травмы, но может по-разному проявляться у всех людей во всех обществах. Чем сильнее и глубже не*реализация,* тем тяжелее последствия. *Реализация* обладает сильной социальной составляющей. Мы часто делимся результатами нашей *реализации* с другими для того, чтобы укрепить наше самосознание и составить нарратив о том, как результаты *реализации* повлияли на нашу жизнь и от-

ношения. Благодаря такому социальному обмену открывается возможность для влияния нашей *реализации* на нас самих, других людей и на наш мир. В то же время, мы нуждаемся порой в социальной поддержке для *реализации* сложных ситуаций и переживаний, таких, например, как утрата любимого человека. Эмпатия, поддержка и забота со стороны других людей повышают нашу психическую энергию и эффективность до уровня, необходимого для *реализации* болезненных переживаний, которые в противном случае стали бы невыносимыми. Действительно, недостаток социальной поддержки считается одним из основных факторов риска травматизации (см. главу 1). На самом деле, жертвы травмы часто окружены людьми, которые не способны или не хотят признать значение насилия и пренебрежения.

> Отец Келли жестоко избивал ее в детстве. Она вспоминала в терапии, что ее мать, казалось, не замечала кровоподтеков и синяков у своих детей. Однажды она просто перешагнула через брата Келли, который лежал на полу без сознания после побоев отца и, как ни в чем не бывало, продолжила свои хлопоты по дому. Никто в семье никогда не упоминал о жестокости отца до тех пор, пока Келли после нескольких лет терапии впервые не заговорила об этом.

Серьезные нарушения *реализации* могут прослеживаться не только у отдельных индивидов, в семьях, но и в обществе в целом. В качестве примера можно указать на то, что, несмотря на общественные гнев и возмущение, которые вызывают факты жестокого обращения и сексуального совращения детей, жертвам насилия предоставлено не так много возможностей для терапии, хотя хорошо известно, к каким тяжелым и долговременным последствиям приводит насилие в детстве. Кажется, что общественное сознание поражено своеобразной деперсонализацией: уровень нашего осознания достаточен для понимания глубины проблемы. Однако это знание вполне уживается с нашим душевным комфортом, не мешает ему, потому что уровня *реализации* не хватает для начала сложных преобразований в социальной и межличностной сфере. Как следствие, жертвы насилия лишены поддержки на индивидуальном и социальном уровнях, такая поддержка необходима им для завершения *реализации* разрушительных переживаний. Ван дер Харт с соавт. пишут: «По сути, паттерн диссоциации и отрицания, которым характеризуется коллективная *не-реализация,* часто поддерживается за счет давления, оказываемого как со стороны насильников, так и семей. Этот прессинг принимает подчас чудовищные формы и размеры» (1993, p. 175; ср.: Herman, 1992b).

В *реализации* могут быть выделены два основных взаимосвязанных типа ментальных и поведенческих действий, благодаря которым мы приобретаем более зрелые и сбалансированные представления о себе, о других и о мире: *персонификация* (Janet, 1903, 1929a) и *презентификация* (Janet, 1928a, 1935b). Эти действия связаны со способностью определения степени реальности (Janet, 1928a; Van der Hart & Steele, 1997).

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ

Персонификация – центральный компонент *реализации,* благодаря которому появляется чувство личностной соотнесенности и наши переживания включаются в сферу нашего Я: «Это *мой* опыт». Благодаря персонификации мы осознаем, что определенное событие происходит с *нами,* что *мы* при этом что-то делаем и испытываем некоторые чувства, что это переживание будет иметь некоторые последствия для *нашей* жизни, и в соответствии с этим мы корректируем наши дальнейшие действия (Janet, 1935a). Персонификация, таким образом, связывает наше чувство Я с прошлыми, настоящими и будущими событиями и с нашими собственными ментальными и поведенческими действиями. В итоге мы обретаем чувство самого себя как активного субъекта (agency).

Как и *реализация* в целом, персонификация во многом зависит от непрерывной смены наших восприятий, мыслей чувств и действий, то есть от перцептивно-моторных циклов. Как уже говорилось, направленность этих циклов определяется системами действий, активными в данный момент. Чувство авторства наших собственных психических и поведенческих действий усиливается благодаря созданию нарратива, который мы иногда сообщаем другим в виде истории о том, что с нами происходит или произошло. Другими словами, мы создаем представления о том, что происходит с нами и в нас. Важно, чтобы история нашего переживания была представлена в форме сознательных и доступных вербализации мыслей и представлений. Если мы можем обозначить чувство личной соотнесенности нашего переживания, нашего авторства, сделать его фактом в контексте социальной ситуации, то оно становится сильнее по сравнению с тем, если бы мы оставили его при себе. Когда, например, терапевт мысленно напоминает себе, что он должен сохранять терапевтическую позицию в работе с пациентом, который ведет себя агрессивно, он создает описание поведения пациента по отношению к себе и своим собственным ответным реакциям. Когда терапевт находит слова для своего представления о пациенте как человеке, который нуждается в помощи из-за проблем в отношениях с другими людьми, когда терапевт достигает *реализации* своей собственной роли в терапевтических отношениях: «Я терапевт этого пациента, а не его враг или оппонент», – то это помогает терапевту выбрать путь ответственных и рефлексивных действий вместо автоматических защитных реакций на атаки пациента. Дальнейшему усилению *реализации* роли терапевта будет способствовать рассказ о взаимодействии с пациентом, помещенный в контекст социальной ситуации, то есть интервизии или супервизии. Действительно, словесное выражение нашего опыта помогает нам действовать более осознанно и внимательно, а значит, более ответственно относиться к тому, что происходит внутри нас, в наших отношениях с другими людьми и с нами в окружающем мире. Наше чувство ответственности за то, чтобы действовать осознанно, следуя *реализации* нашего опыта, усиливается, когда мы делимся нашими нарративами со значимыми другими.

Однократного рассказа о событиях себе самому и другим обычно недостаточно для завершения *реализации*. Например, терапевту довольно часто приходится напоминать самому себе о необходимости придерживаться терапевтической позиции в отношении определенных пациентов, несмотря на первое побуждение действовать иначе, о том, что обязательным аспектом *реализации* является ответственность за свои действия в терапии. Персонификация представляет собой довольно сложную задачу, которая требует от нас вновь и вновь возвращаться к размышлениям о пережитом и/или проговаривать с другими опыт переживания сложных или стрессовых событий (выражать в повествовании нашу реальность). Персонификация необычных или экстремальных ситуаций требует еще больших затрат психической энергии и высокой психической эффективности.

Как и синтез, персонификация может относиться к ситуации конкретного момента (центральная) или последовательности ситуаций/событий длительного периода (расширенная).

Центральная персонификация

Благодаря центральной персонификации опыт переживания текущего момента приобретает качество принадлежности Я (ср.: Damasio, 1999; Edelman & Tononi, 2000; Stern, 2004). Это ведет к тому, что мы можем взять личную ответственность за последующие ментальные или поведенческие действия. Например, персонифицируя наши телесные ощущения и эмоциональные состояния, мы можем сказать: «Я устал(а)», и вслед за этим позаботиться о себе, отдохнуть. Без центральной персонификации, ощущения и состояния не осознаются как свои собственные, тогда мы совершаем либо ошибочные, либо простые автоматические действия. Очень часто у жертв травмы отсутствует достаточная персонификация психических и поведенческие действий, чувств и мыслей в настоящем. Это приводит к деперсонализации, которую, ВНЛ индивида, пережившего психическую травму, может описать, например, такими словами: «Я живу как на автопилоте; Я знаю, что я здесь, но я не чувствую этого».

Расширенная персонификация

К расширенной персонификации относятся те ментальные действия, которые позволяют нам связать переживания, относящиеся к разному времени и разным ситуациям с нашим чувством Я, а также различать эти переживания (Janet, 1928a, 1929a). Мы создаем нашу личность, в том числе личную историю и автобиографическое Я (Damasio, 1999), выстраивая связи между центральными персонификациями и действуя соответствующим образом. Перефразируя Дамазио (Damasio, 1999, p. 17), наше автобиографическое Я зависит от систематизированных, персонифицированных воспоминаний о наиболее важных аспектах нашей жизни: кто, где и когда произвел нас на свет, что нам нравится и не нравится, как мы реагируем на проблемы или конфликты, наше имя,

значимые события жизни, остающиеся в памяти, и т. д. Так расширенная персонификация способствует формированию устойчивого во времени чувства целостного Я и построению связной истории личного опыта.

Наши роли, которые мы исполняем в разное время и в разных ситуациях, должны быть связаны между собой, по крайней мере, до той степени, которая позволяет им стать частью нашего целостного Я. Например, терапевт должен быть способен персонифицировать свои роли и опыт ребенка, подростка, студента, родителя, супруга/и, друга, оставаясь при этом в роли терапевта. Каждая из этих ролей и сторон опыта может быть чем-то полезна в терапевтической ситуации в определенный момент. В то же время все эти роли всегда присутствуют на заднем плане, и любая из них может быть доступна в любой момент, но никогда не доминирует, поскольку в терапевтической ситуации основной ролью для нас всегда остается роль терапевта.

Трудности персонификации у людей, переживших травму

Помимо чувства Я, сохраняющего свою константность в разное время и в разных ситуациях, мы обладаем также особыми навыками, тенденциями к действию и констелляциями систем действий, которым мы обучились или которые мы создали сами. Люди, пережившие травму, обычно испытывают трудности, когда им необходимо применить в какой-то области навыки, которые они, как правило, используют в другой сфере жизнедеятельности. Так происходит из-за того, что у человека, страдающего от последствий травмы, ослаблена способность персонификации навыков и тенденций к действию (систем действий), соответствующих разным проявлениям Я, идет ли речь о смене ролей в повседневной жизни или о другой диссоциативной части личности. Например, у них могут быть прекрасные отношения с сотрудниками на работе, к которым они проявляют эмпатию и сочувствие, однако дома со своими близкими или внутри себя по отношению к другим частям своей личности они, кажется, полностью лишены этой способности.

Люди, страдающие от последствий травмы, утрачивают в той или иной степени способность персонифицировать свои действия, которые совершают в данный конкретный момент в рамках интегрированной унитарной личности. Структурная диссоциация предполагает существование, по крайней мере, двух Я. При такой организации личности каждая диссоциативная часть персонифицирует некоторые действия и переживания, тогда как другие действия и переживания, в том числе другая часть (или другие части) в целом, приобретают в той или иной степени статус «*не-я*».

АЛ Эли была не в состоянии персонифицировать многое, что с ней происходило в ее повседневной жизни. Например, ее совершенно не интересовало поддержание порядка в доме, который она не воспринимала как свой. Кроме того, она была убеждена, что не является частью Эли, поэтому счи-

тала, что не должна как-то проявлять себя и принимать участие в таких повседневных делах, как работа или общение с друзьями. Она не могла персонифицировать также некоторые свои телесные ощущения, почти не чувствовала свои половые органы, как будто они не принадлежали ей. У Эли было несколько частей личности, каждая из которых отличалась относительно независимым чувством *я:* ребенок, начинающий ходить, ребенок более старшего возраста, и подросток. Однако она не могла осуществить расширенную персонификацию, которая позволила бы ей интегрировать эти разные *я* в единое целое. Как результат, ВНЛ Эли не могла персонифицировать историю пережитого ей насилия как часть своего личного опыта, она и не стремилась к такой интеграции, которая позволила бы ей функционировать на более высоком психическом уровне.

Каждая диссоциативная часть обладает способностью персонификации, поэтому каждой части присуще более или менее развитое чувство Я («*Я* чувствую, *я* думаю, *я* знаю, *я* страдаю»). Однако персонификация диссоциативных частей жестко ограничена узкими рамками опыта, принадлежащего данной части и являющегося лишь фрагментом жизненной истории индивида, например, несколькими отдельными эпизодами травматического события. Для некоторых частей оказывается возможна центральная персонификация лишь некоторых, кратких по продолжительности переживаний, на которых они затем остаются фиксированными. Следствием этого являются неизбежные трудности с расширенной персонификацией. Базис *реализации* и, соответственно, спектр тенденций к действию этих частей оказываются, таким образом, весьма ограниченными. Например, при простом ПТСР сфера (центрального) персонифицированного опыта единственной АЛ не выходит за рамки единичного травматического переживания и связанных с ним воспоминаний, для которых характерен синтез боли и страха. Чем больший объем опыта персонифицирует с течением времени некая диссоциативная часть личности индивида, пострадавшего от психической травмы, тем более сложным становится автобиографическое Я данной части, тем шире спектр действий, которые становятся ей доступны.

Персонификация является критически важной для функционирования психики в целом. Дефицитарность персонификации может проявляться причудливым образом, когда процессам синтеза недостает дифференциации и границы между внутренним миром и внешним недостаточно четкие и прочные. Например, жертвы травмы иногда убеждены в том, что переживания другого человека являются их собственными. Так, один пациент не мог с уверенностью утверждать, наблюдал ли он когда-то в детстве сцену избиения отцом своего брата или это было воспоминание о том, как отец избивал его самого, а он при этом находился в состоянии выхода из собственного тела. Другая пациентка рассказывала, что она испытывает физическую боль, если рядом с ней находится человек, страдающий от боли. Более распространенной проблемой

является переживание чужого страдания как своего собственного, что знакомо и многим эмпатичным терапевтам по их работе с пациентами. В таких случаях мы, кажется, утрачиваем способность «отстраняться» от переживаний других людей, отличать их от своих собственных.

Жертвы травмы нуждаются в помощи для того, чтобы осуществлять как центральную, так и расширенную персонификацию. Это один из основных компонентов *реализации,* развитию которого способствует терапия. Всем диссоциативным частям необходима поддержка, чтобы достичь психического уровня, необходимого для персонификации опыта и переживаний других частей, чтобы каждая часть личности могла бы в итоге сказать и о настоящем, и об истории личности в целом: «Это *мой* опыт, *мои* чувства, *мое* тело, *моя* история».

Персонификация необходима, но недостаточна для интеграции, для достижения устойчивых изменений в том, как мы мыслим, чувствуем, действуем, живем. Опыт может быть принят и осознан как свой собственный (персонифицирован), однако это не всегда приводит к внутренним изменениям. Для подлинного и устойчивого изменения необходима *презентификация.*

ПРЕЗЕНТИФИКАЦИЯ

Презентификация является сложным видом человеческой активности, разворачивающейся на очень высоком уровне рефлексии. В ней слиты *бытие* и *действие.* Это сложное действие предполагает наличие переживания «присутствия» (укорененности в настоящем, проживание «момента субъективного переживания как происходящего в данный момент…» [Stern, 2004, p. xiii]). Присутствие в настоящем означает как синтез и персонификацию тех внутренних и внешних стимулов, которые имеют значение для достижения наших целей, так и настройку в соответствии с этим наших ментальных и поведенческих действий.

Кроме того, переживание себя в настоящем позволяет нам связать прошлое и будущее с тем, что происходит с нами здесь и теперь. В самом деле, презентификация представляет собой нечто большее, чем просто осознание текущего момента. Она является творческим актом, в котором мы создаем настоящее, синтезируя персонифицированные переживания разных временных периодов и жизненных ситуаций: в прошлом, в настоящем, и далее – в образе будущего. В конечном счете, презентификацию можно охарактеризовать как создание *контекста* и *смысла* настоящего из нашей личной истории.

Более того, презентификация помогает нам организовывать и изменять наши действия и иногда, самосознание. Именно благодаря презентификации открывается возможность для формирования рефлективных представлений и действий через размышления, диалог, при участии сознания и воли, что позволяет нам глубоко постигать нашу реальность и предпринимать адаптивные действия, исходя из этого понимания (Janet, 1928a, 1935a; Ellenberger, 1970).

Другими словами, презентификация необходима нам для адаптации, развития и достижения сложного баланса устойчивости и гибкости внутри нашей личности.

> Джонатан, пациент со сложным ПТСР, со временем смог воссоздать историю своей жизни, в которой было много боли и насилия. Эти усилия принесли плоды: его чувство присутствия в настоящем, понимания себя, других и окружающего мира усилились и возросли. Он понял, что трудности доверия людям были связаны с его опытом болезненных отношений в прошлом и что теперь нет необходимости строить свои отношении на постоянном недоверии. Вместе с терапевтом он сформулировал ряд признаков, которые помогли бы ему определить, можно ли доверять тому или иному человеку. Он медленно, шаг за шагом, в своем темпе, учился доверять другим. Джонатан понял, что большинство людей не склонны к жестокости, и научился дружить с людьми, которые хорошо к нему относились. Джонатан смог улучшить свою коммуникацию с другими людьми в настоящем. Он также стал более оптимистично смотреть в будущее, не тревожась больше, что может потерпеть неудачу и оказаться неспособным позаботиться о себе.

Будучи самым сложным действием, презентификация требует наиболее высокого уровня психической энергии и эффективности, поэтому при стрессе или когда мы дезориентированы, мы легко утрачиваем способность осуществлять презентификацию. Нашим наивысшим достижением является поддержание презентификации в данный конкретный момент и на протяжении всей жизни. Презентификация также является главной целью терапии с людьми, страдающими от последствий психической травмы. Как и в отношении синтеза и персонификации, мы различаем два типа презентификации – центральную и расширенную.

Центральная презентификация

Центральная презентификация представляет собой действие присутствия в настоящем. Одним из аспектов этого действия является рассказ о том, какие действия мы совершаем и что переживаем в данный конкретный момент настоящего (Janet, 1903, 1928a, 1935a), здесь и сейчас, в реальности. Другой аспект центральной презентификации состоит в согласовании наших непосредственных действий с этим самоотчетом. Этот самоотчет может быть представлен и в невербальной форме, однако облеченный в слова, ставший рассказом, историей, он усиливает чувство реальности. Наш рассказ о настоящем, сам по себе являющийся психическим действием, находится под влиянием других психических и поведенческих действий и, в свою очередь, оказывает влияние на наше поведение, разворачивающееся в непрерывных перцептивно-моторных циклах. Это позволяет нам не смешивать прошлое с настоящим, внутреннее с внешним, но сохранять связь с синтезом нашей реальности в данный конкретный момент. Во время терапии для пациентов очень важно

направлять сознательные усилия на создание самоотчета, выраженного в вербальной форме, о центральной презентификации того, что с ними происходит на сеансах терапии, поскольку это укрепляет интеграцию и способствует достижению более высокого уровня психического функционирования и лучшей адаптации. Пациент, например, может сказать: «Я сейчас сижу здесь, на этом синем диване в кабинете терапевта, а мой терапевт сидит напротив и слушает, что я говорю. Я в безопасности и никто здесь не причинит мне вреда».

Центральная презентификация требует высокой психической эффективности и существенных затрат энергии. Не так просто удерживать внимание на стимулах и действиях, значимых для нас в настоящий момент, не отвлекаясь поминутно на мысли о прошлом или тревоги о будущем, сохраняя адаптивное равновесие между осознанием нашего внутреннего мира и восприятием внешнего. Подлинное пребывание в настоящем предполагает значительный психический уровень, необходимый для поддержания нашего внимания и контроля дезадаптивных изменений сознания. И еще большее психологическое усилие требуется для рефлексивной концентрации на действии в настоящем.

При центральной презентификации мы непосредственно осмысляем и принимаем переживание, раскрывающееся в настоящем (например: Hayes et al., 2004; Linehan, 1993) – ментальные действия, необходимые для интеграции. Представления об этих действиях, составляющих наблюдение и одновременную рефлексию собственной активности (например, чувств, мыслей), входят в поле значений понятия «психическая вовлеченность»*. Другими словами, для центральной презентификации недостаточно простого реагирования на внутренние переживания, она требует от нас наличия *концепции психического,* то есть знания того, что у нас есть психика, что другие люди тоже обладают психикой; а также осознания того, как психика работает и что влияет на эту работу (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996). Центральная презентификация предполагает, помимо самосознания, также и осознание внешнего окружения, разворачивающееся на более высоком уровне сознания и в итоге рефлексивное *активное отношение* к нашей внутренней реальности.

Пребывание в настоящем (основа центральной презентификации) вовсе не означает, что мы регистрируем в нашем сознании все стимулы. Это было бы невозможно, разрушительно и сильно помешало бы адаптации. Сохранение адаптации требует от нас избирательности в отношении раздражителей, которые воздействуют на нас в данный момент. Например, иногда лучшей адаптации способствует концентрация внимания на событиях внешнего мира,

---

* Психическая вовлеченность – mindfulness (*англ.*). Психическая вовлеченность представляет собой состояние, при котором со стимулами окружающей среды обращаются осознанно, а индивид вовлечен в активное создание своей окружающей обстановки. «Mindfulness» также является переводом санскритского smṛti – истинная осознанность, спокойная осведомленность о функциях тела, своих чувствах, содержании сознания, что играет центральную роль в буддистских практиках. – *Прим. науч. ред.*

а иногда – обращение к внутренним событиям: к тому, что мы думаем, чувствуем, вспоминаем. Но даже если мы сосредоточены на внутреннем мире, мы все же должны сохранять достаточный уровень осознания внешней реальности для того, чтобы в случае необходимости вовремя реагировать. В каждый данный момент фокус нашего внимания во многом определяется комбинацией активированных систем действий, тем, что задает нашу текущую мотивацию.

Благодаря центральной презентификации мы воспринимаем изменчивое настоящее не как набор разрозненных фрагментов, но как целостный личностный опыт, имеющий смысл и соотносящийся с нашей мотивацией к достижению определенных целей посредством психических и поведенческих действий. Целостность опыта вырастает из наших постоянных усилий по созданию рассказа о происходящем с нами в настоящем. Рабочая память, хотя и ограниченная в своем объеме, дает нам возможность выстраивать связи между настоящим, недавним прошлым и будущим, поэтому мы можем планировать наши действия, исходя из прошлого опыта и текущих обстоятельств. Другими словами, рабочая память помогает связывать предполагаемые результаты наших действий с прошлым и настоящим. Именно поэтому о рабочей памяти говорят как о запечатленном настоящем (Edelman, 1989) и как об активной кратковременной памяти (Fuster, 1997, 2003).

Центральная презентификация, рассказ о событиях настоящего, таким образом, затрагивает не только настоящее, но представляет собой синтез воспоминаний и прогнозов, которые необходимы для адаптации к текущей ситуации. Так, по крайней мере, часть нашего автобиографического Я, некоторые аспекты личной истории, а также ранее приобретенные навыки и знания присутствуют в нашем настоящем (Damasio, 1999; Fuster, 2003; Stern, 2004).

Расширенная презентификация

Расширенная презентификация охватывает разные ситуации и периоды времени. Она определяется наивысшим уровнем психической энергии и эффективности, поскольку мы должны интегрировать и собрать воедино все многообразие опыта нашей жизни: различные воспоминания, убеждения, вариации чувства Я и роли, отношения, тенденции к действию и системы действий. При расширенной презентификации мы координируем наши действия не только с внешним миром, но и с нашей личностью как единым целым (Ellenberger, 1970; Janet, 1928a).

Безусловно, наша способность присутствия в настоящем всегда меняется в ту или иную сторону, уменьшаясь или возрастая. Даже в лучшем случае она никогда не бывает постоянной. Однако мы должны присутствовать в настоящем достаточно долго для того, чтобы простроить связи с теми периодами времени, когда наше бытие в настоящем не было таким полным. Так мы можем связать разные аспекты нашего опыта для того, чтобы он стал цельным и, как следствие, стала цельной и наша личность. Именно в этом состоит

функция расширенной презентификации. Она помогает нам ориентироваться в пространстве, во времени и в нашем собственном бытии. Благодаря презентификации мы знаем, как наше настоящее, внешний и внутренний мир, которые мы воспринимаем и создаем, опираются на наше прошлое и будущее. Так мы создаем рассказ, свою историю и согласуем с ней свои действия. Когда нам удается осуществить расширенную презентификацию и персонификацию, это означает, что мы берем ответственность за наши действия в прошлом, настоящем и будущем.

Как и в случае синтеза и персонификации, между центральной и расширенной презентификацией нет принципиальных отличий, это один процесс, протекающий на разных уровнях. Центральная презентификация относится к единичной ситуации или к очень ограниченному спектру смежных ситуаций. Расширенная презентификация связана с *реализацией* гораздо более сложных последовательностей центральных презентификаций и относится к временным интервалам в диапазоне от примерно десяти минут и до целой жизни. Именно через расширенную презентификацию происходит рост нашей личности и создание истории нашей жизни (то есть автобиографической памяти и автобиографического Я) (Janet, 1928a).

Нарушения презентификации и персонификации у людей, переживших травму

Нарушения презентификации обусловлены проблемами синтеза и персонификации, которые необходимы для ее осуществления. Основным препятствием презентификации являются патологические или хронические изменения поля и уровня сознания (типичная проблема у тех, кто страдает от последствий психической травмы). При недостаточном синтезе и персонификации опыта, неспособности сосредоточится на происходящем, «выпадении» из реальности, деперсонализации, смутном или спутанном состоянии индивид не способен к полноценному присутствию в настоящем. Другими словами, жертвы травмы часто не могут осуществлять ментальные действия центральной презентификации, что затрудняет адаптацию к жизни.

Фиксация на прошлом, свойственная жертвам травмы, также делает невозможным для них присутствие в настоящем. Недостаток презентификации у АЛ бывает настолько существенен, что даже если бы им и удалось осознать настоящее, что для них крайне трудно, то вряд ли они вообще смогли бы адекватно реагировать на него. Они обладают собственным чувством настоящего, которое в каком-то смысле можно считать анахроническим, так как оно несет на себе чересчур глубокую печать прошлого. В то же время их чувство Я исключено из целостного Я личности (или включено лишь частично). Это можно назвать провалом презентификации. При повторяющихся проживаниях АЛ воспоминаний о травматическом событии прошлого, чувство личного бытия этих диссоциативных частей ограничено во времени, фиксировано на прошлом, которое осталось для них настоящим. При этом, однако, и этот

опыт прошлого, и чувство Я остаются неинтегрированными с переживаниями реального настоящего.

ВНЛ жертв травмы также часто не способны полноценно проживать настоящее, поскольку избегают внутренних и внешних стимулов, напоминающих о травме, что опять же приводит к нарушениям синтеза. При вторжениях травматических воспоминаний (и АЛ) способность ВНЛ к пребыванию в настоящем еще больше сужается. Если какие-то стимулы (чувства или воспоминания, или внешний вид человека, напоминающего насильника) становятся неприемлемыми, отталкивающими для индивида, то они выводятся индивидом из процессов центральной и расширенной персонификации и презентификации. Данные стимулы избегаются, и жертва травмы вовлекается в исполнение замещающих действий для того, чтобы продолжать избегание: это и есть *не-реализация*.

Тенденция избегания переживания (Hayes et al., 2004) проявляется и в отношении синтеза, персонификации и презентификации. При избегании синтеза ВНЛ или АЛ жертвы травмы будет стараться как бы аннулировать те или иные аспекты своей истории или актуального восприятия. Например, у диссоциативных частей могут сложиться такие убеждения относительно своей персоны: «У меня отсутствуют груди», «Этого события никогда не было», «Я никогда не испытываю гнев». При избегании персонификации жертва травмы может сказать: «Да, груди есть, но у меня такое чувство, что они как бы и не мои вовсе» или «Да, есть вспышки гнева, но это не мой гнев, он принадлежит той, другой части». Избегание презентификации, в котором сочетается нарушение и синтеза, и персонификации, может найти отражение в таких высказываниях: «Поскольку у меня отсутствуют груди или они не мои, то мне и не нужно делать маммограмму», «Было насилие или нет, это никак не влияет на мое настоящее», «Я не виноват(а), если я кого-то побью, потому что это не мой гнев».

РЕАЛИЗАЦИЯ И ЧУВСТВО ВРЕМЕНИ И РЕАЛЬНОСТИ

Реализация зависит от нашей способности распознавать, что является реальным в данный текущий момент, а также понимать временные и пространственные границы настоящего и различать прошлое, настоящее и будущее. Мы также должны уметь различать реальность внутренних переживаний (воспоминаний, фантазий, сновидений, идей, мыслей, желаний) от переживаний, вызванных внешними событиями. Жане (1903) называл эту способность функцией реальности (*fonction du réel*). Предпосылкой расширенной персонификации и презентификации является понимание того, что прошлое и будущее, хотя и связаны с настоящим, с нашей актуальной реальностью, все же не совпадают с ним. Эта способность часто нарушена у жертв травмы как в аспекте выстраивания временной последовательности опыта, так и понимания того, что реально в настоящий момент (Janet, 1928a, 1932a; Terr, 1984; Van der Hart

& Steele, 1997). Терр (Terr, 1983, 1984) отмечает, что чувство времени является эволюционно относительно недавним приобретением и легко нарушается при травме.

Адаптация требует, чтобы наши переживания были организованы таким образом, что актуальное настоящее воспринималось бы более реальным, чем прошлое и будущее (Janet, 1919/1925, 1928a, 1932a; Van der Hart & Steele, 1997). Такое восприятие наиболее адаптивно, потому что мы можем действовать только в настоящем. Жане (Janet, 1928a, 1932a) назвал эту организацию *иерархией степеней реальности*. Он описал самые разные нарушения адаптации, которые возникают, когда индивид не может должным образом упорядочить в пространстве и времени свое чувство реальности.

Наиболее часто встречающимся у жертв травмы нарушением временной упорядоченности опыта является переживание прошлого как настоящего. У некоторых пациентов искажается восприятие хода времени, время как бы ускоряет или замедляет свое течение, например: «Я ушла с головой в работу, и мне показалось, что прошло не больше часа, а на самом деле – почти весь день». В крайних случаях у некоторых пациентов чувство времени отсутствует вовсе. Так, один пациент, не переставая поглядывать на циферблат своих часов во время сеанса, говорил: «У меня совершенно отсутствует чувство того, как идет время. Если я не вижу часов, то никогда не могу сказать, сколько прошло времени: минута или час».

Для того чтобы понимать значение и соотносить с реальностью происходящее, мы создаем синтезы – нашего опыта в настоящем, наших воспоминаний недавнего прошлого, представлений о скором будущем, – которые предполагают стабильное чувство Я: «Я – это весь *я:* мое прошлое, настоящее, будущее». Однако как центральная, так и расширенная персонификация не обязательно сопряжена с центральной и расширенной презентификацией, а также с точностью учета (реальности) настоящего. В самом деле, АЛ жертвы травмы до определенной степени может быть доступна центральная и расширенная персонификации, однако АЛ часто не в состоянии различить прошлое переживание и реальное настоящее.

В таблице 8.1 приведена абстрактная схема иерархии степеней реальности, предложенная Жане, а на рисунке 8.1 изображена кривая отношения времени и степени реальности. Способность следовать иерархии степеней реальности составляет неотъемлемую часть *реализации*.

Степень реальности конкретных внутренних и внешних стимулов может меняться. Наша оценка реальности определяется тем, что представляется нам наиболее адаптивным в конкретной внутренней и внешней ситуации и опосредуется системами действий. Например, поведение матери младенца в большей степени опосредовано системами привязанности и заботы, поэтому для любящей и заботливой матери потребности ребенка, который просыпается среди ночи, будут более важными, обретут даже большую реальность, чем ее собственные потребности в сне и отдыхе, которые отойдут для нее в данный

Таблица 8.1

Иерархия степеней реальности П. Жане (Janet, 1932a, p. 148–149)

1	*Реальность настоящего* имеет отношение к ментальным действиям и поведенческим актам, в том числе к восприятию внутренней и внешней реальности.
2	*Ближайшее будущее* – его значение для нас почти равно значению настоящего, однако его восприятие менее яркое.
3	*Недавнее прошлое,* в том числе аффективно окрашенные воспоминания: радостные и печальные, а также иллюзии и сожаления.
4	*Идеал,* его реальность мы не признаем, однако стремимся к его достижению.
5	*Отдаленное будущее,* мы живем надеждой, что оно сбудется, однако оно слишком далеко от нас, чтобы мы слишком много думали о нем.
6	*Далекое или «мертвое» прошлое,* оно уже утратило для нас аффективный характер, однако оно обладает для нас реальностью факта, свершившегося во времени.
7	*Воображение,* мы не считаем его реальным. Мечта, признаваемая таковой, является одним из примеров воображаемого.
8	*Идея* – вербальное действие, ее реальность мы не утверждаем и не отрицаем.
9	*Мысль* – вербальное действие, которое мы даже и не рассматриваем в координатах реальности и нереальности.

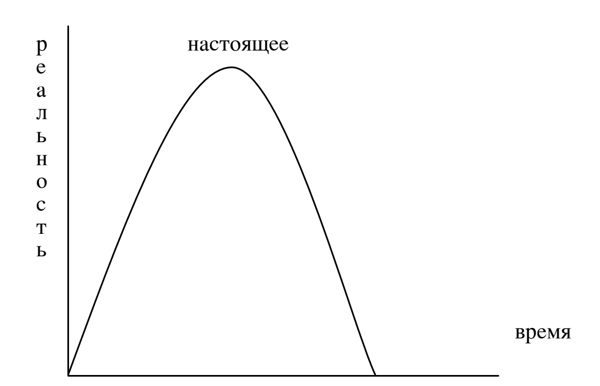


Рис. 8.1. Отношение течения времени и степени реальности (Janet, 1928a, p. 492)

момент на второй план. Хроническая активация системы действий защиты также будет формировать наше видение реальности. Для человека, который пережил серьезную травматическую ситуацию, мир уже не будет прежним. Опасность воспринимается как более реальная, вероятная, чем прежде, у человека формируется предрасположенность к быстрой активации систем защиты.

Хотя у Жане иерархия степеней реальности представлена в виде жесткой схемы, все же, по-видимому, границы между отдельными ступенями этой иерархии могут быть в той или иной степени гибкими. В норме человек может

по своему усмотрению в зависимости от того, что он хочет в данной ситуации, менять приоритеты реальности. Например, если человеку нужно припомнить какое-то сложное неоднозначное событие своей жизни, он создает рассказ, который придаст фактам прошлого ту или иную степень реальности. В случае если история об этом событии рассказывается другому, постороннему человеку, то меньшая степень реальности будет, скорее всего, более уместной; и рассказчик изберет большую эмоциональную дистанцию по отношению к своему переживанию. Однако более высокий статус реальности для истории об этом событии будет важен в том случае, когда она рассказывается на терапевтическом сеансе для того, чтобы завершить оставшиеся незаконченными дела прошлого. Таким образом, в выборе и присвоении степени реальности есть элемент сознательного намерения и регуляции, и в норме человек легко определяет временную последовательность, следовательно, различает прошлое и настоящее. Однако жертвы травмы могут страдать от слишком сильной деперсонализации, что усложняет переживание чего-либо как реального, или сохраняют фиксацию на опыте прошлого.

Ошибки в определении степени реальности

Жане выделял две формы проявления нарушения восприятия времени и, соответственно, реальности: индивид может присваивать происходящему с ним слишком высокую или слишком низкую степень реальности, согласно иерархии, описанной в таблице 8.1 (Janet, 1928a, 1932a; ср.: Van der Hart & Steele, 1997). Например, когда пациентка считает себя плохой и грязной и это становится ее реальностью, то это означает, что она присваивает этой ошибочной идее относительно своей персоны слишком высокий статус реальности, согласно иерархии Жане. Она будет уверена, что никому не нравится, несмотря на объективные признаки того, что другие люди считают ее очаровательной: этим событиям она придает, напротив, слишком низкий статус в иерархии. Из этого примера видно, что в том случае, когда одной совокупности убеждений (например, «Я плохая») придается слишком высокий статус реальности, другой совокупности убеждений (например, «Я нравлюсь другим людям») автоматически присваивается более низкий статус в иерархии степеней реальности. Поэтому, если одна диссоциативная часть оценивает некоторое событие слишком высоко в иерархии (например, какая-то АЛ уверена, что она до сих пор находится в большой опасности), другая часть личности, как правило, занижает степень реальности того же события (например, ВНЛ убеждена, что в ее жизни не было насилия). Завышение или занижение статуса идеи, события, переживания в иерархии степеней реальности является основными формами *не-реализации* (Janet, 1935a, 1945; Van der Hart et al., 1993).

Ошибочные оценки степени реальности переживания у АЛ. Для АЛ характерно то, что они придают слишком высокий статус реальности травматическим воспоминаниям и связанным с ними представлениям, оценкам и убеждениям, так что эти воспоминания становятся для них гораздо более

реальными, чем события актуального настоящего, статус которых в иерархии оказывается слишком низким. Они не осознают, что, по сути, воспроизводят воспоминания прошлого, напротив, переживают события внутренней реальности как настоящее. Они часто не способны отличить внутреннее переживание (флэш-бэк) от событий внешней реальности, что связано с недостатком дифференциации (см. главу 7).

Ошибки АЛ в определении статуса событий в иерархии реальности вызваны низкой психической эффективностью, сужением поля сознания, а также ограниченным кругом систем действий, опосредующих их восприятие, аффективную жизнь, мыслительные операции и поведение. Эти ограничения влияют на объем и качество перцептивно-моторных циклов, снижая, таким образом, их способность презентификации. Эти АЛ могут присвоить ошибочный статус реальности и представлениям о будущем, так как будущее становится зеркальным отражением прошлого. Даже в том случае, когда жертвы травмы живут отдельно от насильника или насильник уже умер, внимание напуганной АЛ может быть приковано к воображаемому будущему, которое, по сути, является продолжением ее прошлого: «Папа сделает мне больно!». Депрессивные АЛ, как правило, сосредоточены на мучительном прошлом и мало думают или вовсе не думают о своем будущем. Некоторые АЛ описывают себя как умирающих или мертвых – они вообще не могут представить будущее для себя.

Многие субъективные физические и эмоциональные характеристики АЛ основаны на их искаженном восприятии реальности. Они воспринимают себя такими, какие они были в прошлом, как будто бы они говорят, действуют, думают, воспринимают и чувствуют в настоящем так, как это когда-то было в прошлом и с тех пор ничего не изменилось. Иногда они считают, что являются теми, кем они себя воображают: «Я супермен», «Никто и никогда не причинит мне вред». Иначе говоря, диссоциативные части, которым недоступны действия высокого уровня, такие, например, как *реализация* травматического опыта, используют эти идеи и фантазии как заместители действий более высокого порядка.

АЛ Аделаиды, пациентки с вторичной структурной диссоциацией, обладала идентичностью подростка и была убеждена в том, что у нее длинные волосы. В подростковом возрасте у Аделаиды действительно были длинные волосы, однако взрослая Аделаида предпочитала короткую стрижку. Таким образом, АЛ Аделаиды игнорировала факт изменений во внешности. Когда терапевт предложил ей оценить, какой же все-таки длины ее волосы, она была потрясена тем, что у нее на самом деле короткие волосы. Когда она рассказывала о садистском отношении к себе со стороны насильника, она «видела» его в кабинете терапевта и испытывала сильную тревогу, уверенная в том, что на дворе все еще 1964 год. Хотя представление АЛ Аделаиды о том, что происходит в настоящем, безнадежно устарело, оно

> все же обладало очень высоким статусом, согласно иерархии степеней реальности. Когда терапевт попросил АЛ объяснить, почему у нее отсуствует внутреннее чувство возрастных изменений, она ответила: «Мое существование отмеряется краткими интервалами времени, я не задерживаюсь здесь надолго. Когда меня нет здесь неделю или дольше, я не становлюсь старше. Вы-то находитесь здесь всю неделю напролет, поэтому и становитесь на неделю старше по сравнению с тем, каким вы были на прошлой неделе, а со мной это не так».

Эта часть Аделаиды не осознавала, что на нее оказывает влияние то, что происходило в те продолжительные интервалы времени, когда она как бы отсутствовала (то есть не могла осуществлять синтез, персонифицикацию и презентифицикацию). Она пребывала в уверенности, что если что-то не воспринимается ей в полной мере, то это как бы не существует и ничего не значит для нее. При этом она понимала, что другие люди проживают это время и поэтому меняются. В связи с этим ей казалось, что она совсем не изменилась, и она по-прежнему расчесывала свои длинные волосы, осуществляя воображаемое замещающее действие вместо *реализации* настоящего.

АЛ, воспринимающие себя детьми, могут иметь задержку в развитии чувства времени, и это может распространяться на личность пациента в целом (Van der Hart & Steele, 1997). По этой причине они могут испытывать трудности в определении времени. Иногда у них вообще отсутствует чувство течения времени, как в случае АЛ одной пациентки, для которой время между сессиями как бы застывало и никак не заканчивалось, поэтому она то и дело в панике звонила своему терапевту. У таких АЛ также может появлятся чувство, что между сеансами терапевт исчезает, пропадает в пучине времени. Искажение восприятия времени у этих пациентов неизбежно проявляются в срывах организации жизни в соответствии с представлениями о прошлом, настоящем и будущем, а также влияют на формирование представлений о константности объектов.

Ошибочные оценки степени реальности переживания у ВНЛ. Если прошлое для АЛ обладает высшим статусом реальности, является «слишком» реальным, то ВНЛ, напротив, недостает осознания реальности прошлого. В восприятии ВНЛ прошлое предстает как смутное, фрагментарное, несуществующее, или как история, которая *к ним* не имеет никакого отношения. Таким образом, ВНЛ недостает персонификации своего прошлого. Жане так описывал эти *не-реализованные* воспоминания.

> Это холодные, пустые повествования, лишенные образности и выраженной позиции, не вызывающие ни радости, ни печали, они не пробуждают никакого интереса или стремления как-то их отредактировать, изменить: добавить больше деталей или, наоборот, сократить. Иногда даже сам пациент не верит в свой рассказ, с которым не связано субъективное чувство переживания реальности. Он не в состоянии подтвердить, что образы,

> отраженные в его истории, действительно как-то связаны с ресльными событиями его прошлого (1932a, p. 145).

Не-реализация прошлого может приобретать разные формы. Наиболее острой и обширной *не-реализации* соотвествует полная амнезия: прошлое нереально, то есть его попросту не существует (Janet, 1935a). Проявления более мягкой *не-реализации* прошлого свойственны многим ВНЛ, которые хранят воспоминания о прошлом, но относятся к нему как к чему-то, что не имеет отношение к ним, а поэтому и как к не обладающему полнотой реальности: «Я знаю, что это произошло, но, похоже, это все было не со мной», «Я ничего не чувствую по этому поводу», «Все это кажется мне сном». Таким образом, они присваивают своим воспоминаниям о прошлом, в том числе и травматическом, очень низкий статус в иерархии степеней реальности.

Клинические данные также показывают, что по сравнению с индивидом, который достиг полной интеграции опыта и полноценного *присутствия в настоящем,* ВНЛ переживают не только прошлое, но и настоящее как менее реальное. Незавершенность презентификации особенно очевидена при симптомах деперсонализации, дереализации и потери чувства времени: «Не помню, сегодня вторник или суббота, должен я сегодня идти на работу или нет». Многим ВНЛ (и некоторым АЛ) кажется, что они сами не реальны или что они живут как во сне. Один пациент, переживший сильную психическую травму, спросил терапевта: «Откуда мне знать, этот сеанс – сон или реальность? Как узнать, происходит ли что-то на самом деле или я только думаю об этом?» Несколько пунктов DES отражают эту тенденцию занижения степени реальности: «Некоторым людям трудно вспомнить точно, действительно ли они сделали то, что хотели, или только подумали об этом» (Bernstein & Putnam, 1986). Мы полагаем, что переживания, описанные в этих пунктах, не относятся к диссоциации как таковой, однако они часто сопровождают структурную диссоциацию.

У многих пациентов, страдающих от последствий психической травмы, встречается симптом сокращенной жизненной перспективы. Им недостает психической эффективности, необходимой для расширенной презентификации. Они не способны прогнозировать ближайшее или более отдаленное будущее. Некоторым ВНЛ очень трудно планировать действия больше, чем на несколько часов вперед. Другие ВНЛ не могут представить себе более отдаленное будущее и уверены в том, что им осталось жить совсем недолго. ВНЛ, подверженным частым вторжениям АЛ, будущее может казаться ужасающим или безнадежным, неотличимым от травматического прошлого. Причиной тому является недостаток дифференциации реальности прошлого, настоящего и будущего.

РЕЗЮМЕ

Реализация – это более высокая ступень интеграции, достижение которой требует более высокого уровня психического функционирования. Она осуществляется благодаря психическим и поведенческим действиям, которые создают

связи между элементами нашего опыта, придают ему смысл, а также объединяют нашу личность в единое целое. Поскольку действия *реализации* требуют более высокого уровня психической энергии и эффективности, их осуществление, особенно в отношении травматических переживаний, труднее всего дается людям, страдающим от последствий психической травмы. Травматизация, таким образом, понимается как нарушение *реализации,* или *не-реализация. Не-реализация* может затрагивать не только отдельных индивидов, но также семьи и сообщества. Это приводит к тому, что жертвы травмы встречают препятствия в получении поддержки, которая помогла бы им в *реализации* их травматичсекого опыта. *Реализация* включает две составляющие: персонификацию и презентификацию. Персонификация – это способность придавать своему опыту качество соотнесенности со своим Я и действовать исходя из этого. Какое-либо действие возможно только при условии предваряющего синтеза переживания и чувства Я. Однако при персонификации происходит нечто большее: помимо синтеза, мы придаем нашим переживаниям качество личного авторства и приобретаем чувство ответственности за происходящее. Центральная персонификация – способность придавать качество личной принадлежности переживанию настоящего момента или конкретной актуальной ситуации, тогда как расширенная персонификация охватывает переживания и события, происходившие в разное время. Презентификация – это способность присутствовать в настоящем, создавая при этом связи между настоящим, прошлым и будущим, что позволяет быть максимально открытым переживанию реальности и совершать адаптивные действия, исходя из этого переживания.

ГЛАВА 9

Иерархия тенденций к действию

> Простые и привычные стимулы, как правило, вызывают единичные простые автоматизированные реакции. Встречая более интенсивное, напряженное, неожиданное или же вариативное, в то же время необычное и сложное воздействие внешнего мира, индивид стоит перед необходимостью совершать действия более высокого уровня [по сравнению с простыми действиями], адекватные ситуации и требующие больших затрат энергии. Неудача действия приводит к поискам обходных путей для достижения цели или к эмоциональной реакции.
>
> *Леонард Шварц* (Schwartz, 1951, p. 103)

Терапевт должен понимать, какие тенденции к действию доступны пациенту и какими тенденциями к действию пациенту следует овладеть для того, чтобы справиться с последствиями травматизации. Терапевт также должен представлять себе, как он может помочь своему пациенту в развитии тех тенденций к действию, при помощи которых пациент разрешит проблемы, связанные с психической травмой, и улучшит свою жизнь. Ориентиром в решении этих вопросов для терапевта может послужить иерархия тенденций к действию, разработанная Пьером Жане (Ellenberger, 1970; Janet, 1926a, b, 1935b, 1936, 1938). Она предвосхищает многие современные открытия в таких дисциплинах, как возрастная и когнитивная психология (Loevinger, 1976; Schore, 2003a, b), теория научения (Rescorla, 2003); психоанализ (Fonagy et al., 2002); нейробиология (Berthoz, 2000; Damasio, 1999; Fuster, 1997, 2003; Llinás, 2001; Panksepp, 1998); эволюционная психология (Buss, 2005) и нейрофилософия (Metzinger, 2003; Noë, 2004). Вместе с Жане мы полагаем, что данная иерархия представляет собой в чем-то произвольную и избирательную, однако полезную для работы с пациентами и наглядную схему, в которой упорядоченно представлены тенденции к действию, свойственные человеческой психике.

ТЕНДЕНЦИИ К ДЕЙСТВИЮ И ДЕЙСТВИЯ

Тенденции к действию представляют собой неотъемлемый аспект процессов адаптации к меняющимся условиям окружающей среды, поэтому они являются результатом эволюционного отбора, филогенетически обусловлены и направлены на достижение конкретной цели (Buss, 2005; Janet, 1926a). Тенденции к действию могут быть очень сложными и охватывать самые разные психические и поведенческие действия. Представление о тенденции к действию включает динамику исполнения действия, в которой можно обозначить следующие стадии: латентную, готовности, начала, исполнения, завершения (Janet, 1934). Когда мы говорим о действиях, то, прежде всего, подразумеваем ощущения и восприятия, эмоции, мысли, принятие решений, движения. Когда мы «правильно» воспринимаем внутренние и внешние стимулы и находимся в «правильном» психобиологическом состоянии, мы активируем соответствующие нашим внешним и внутренним обстоятельствам тенденции к действию, переводя их из латентного состояния в фазу готовности. Например, когда уровень глюкозы в крови падает и у нас появляется чувство голода, мы начинаем поиски еды. Когда мы видим приближающуюся опасность и чувствуем страх, мы готовимся к защите. Когда мы одиноки и испытываем потребность в участии других людей, мы взываем к помощи и поддержке.

Исполнение того или иного действия (или нескольких действий), а также латентный период перед началом действия часто зависят от появления и восприятия дополнительных, или «пусковых», стимулов.

> Родители Лары (пациентки с диагнозом РДИ, 33 года) жестоко наказывали ее в детстве, если она осмеливалась притрагиваться к той еде, которая ей нравилась: ей всегда доставались одни лишь объедки. Поэтому впоследствии вкусная еда стала для Лары чем-то вроде табу. Как-то терапевт принес на сессию шоколад и угостил им Лару. Лара смогла принять это угощение и попробовать шоколад, который она любила, только после того, как она при помощи терапевта, которому она к тому времени уже научилась доверять, убедилась, что за этим не последует никакого наказания. Движения Лары, когда она брала шоколад из рук терапевта и откусывала от плитки кусок, были исполнены неуверенности. Таким образом, совокупность «пусковых» стимулов: предложение угощения, которое было сделано терапевтом в безопасной обстановке терапевтического кабинета, содержащей элемент поддерживающих терапевтических отношений, позволил пациентке продолжить исполнение когда-то заторможенного действия – есть то, что ей нравится.

После фазы начала действия следует исполнение действия, например, после того как мы берем кусочек пищи и кладем его в рот, мы прожевываем и глотаем его. Последней фазой тенденций к действию является *завершение* действия. Например, Лара отметила, что поглощение большого количества шоколада за короткий промежуток времени может стать слишком серьезной нагрузкой

для ее желудка. Данное восприятие и его осознание стали для нее «стоп» – сигналом, и Лара отложила шоколад в сторону. Завершение часто сопровождается осознанной *реализацией.* В случае автоматических действий подведение итогов совершенного действия: достигли мы целей по завершению тенденции к действию или нет, обычно происходит вне осознания. Однако *реализация* важных действий и их результатов должна осуществляться на сознательном уровне. В вышеприведенном примере терапевт помог Ларе в этом. Благодаря его поддержке пациентка была в состоянии персонифицировать и презентифицировать факт, что *она* съела шоколад (персонификация), что она сделала это *минуту назад,* что за этим *не последовало* никакого наказания, напротив, она удостоилась похвалы. Далее, *в тот момент времени* она была в безопасности (центральная презентификация), и в *будущем,* скорее всего, ей тоже ничего не будет угрожать, если она съест что-нибудь вкусное (расширенная презентификация), по крайней мере, когда это будет происходить в присутствии терапевта (важный параметр контекста; см. главу 10 об оценке контекста).

Осуществление тенденций к действию требует сочетания *психической энергии,* физической энергии в том случае, если тенденция к действию предполагает моторные акты, а также *психической эффективности,* то есть способности использовать эти виды энергии. Чем сложнее тенденция к действию, тем более высокий уровень психической энергии и эффективности необходим для его начала, исполнения и завершения. При помощи ментальных действий мы можем оценить преимущества и недостатки альтернативных психических и поведенческих действий, примером может быть размышление о разных подходах к терапевтической проработке проблемы пациента. Такие ментальные действия позволяют сэкономить время и энергию. Наверное, более важным является то, что возможность предвидеть результаты действий помогает нам выбрать те, что принесут пользу, и отвергнуть действия, которые могут принести вред. Например, терапевт избежит многих сложных ситуаций в работе с пограничным пациентом, если он вполне отдает себе отчет в том, какой отклик может вызывать у пациента та или иная его реплика (особенно замечания критического характера). Способность предвидить последствия действий, что, собственно, составляет основу человеческой культуры, с необходимостью предполагает презентификацию. Однако ментальные действия могут лишь косвенно влиять на окружение, а именно только в том случае, если они подкреплены поведенческими актами. В большинстве случаев гораздо проще умозрительно *составить план* определенного поведения и пообещать его осуществить, чем начать действовать и исполнить его в реальности. Например, индивид, страдающий от последствий психической травмы, может твердо пообещать самому себе: «Я встану завтра пораньше и сделаю домашнее задание» или «Я уйду от жестокого мужа и буду жить одна». Однако когда доходит до дела, некоторым трудно выполнить эти обещания, перейти от фазы готовности к исполнению и далее – довести действие до конца. Инициатива может угаснуть еще до начала всякого действия: домашнее задание выпол-

няется вяло, без энтузиазма, а попытка взять ответственность за свою жизнь и чувства заканчивается ничем (Janet, 1903, 1934).

Для того чтобы управлять собственными тенденциями к действиям, необходимо, чтобы психическая эффективность сочеталась с достаточным уровнем психической и физической энергии. Одним из элементов управления тенденцией к действию является *усилие,* так как каждое действие требует определенного уровня напряжения сил или усердия (Janet, 1932c). Наше действие может не привести к желаемому результату, если мы прилагаем слишком мало или, наоборот, слишком много усилий. Обучение на собственном опыте повышает психическую эффективность, потому что помогает избежать бесполезных трат энергии и повышает вероятность успеха. Согласно Жане (1929b, 1932c), усилие, будучи регулятором действия и тенденций к действию, является вторичным действием, которое сопровождает первичные действия – моторные и речевые акты. Другими регуляторами действий являются чувства усталости, страха, гнева, как и чувство успеха, которое Жане называл действием триумфа (Janet, 1919/1925, 1928b; ср.: глава 7).

УРОВНИ И СЛОЖНОСТЬ ТЕНДЕНЦИЙ

Следуя идее иерархии, предложенной Жане (Janet, 1929a) в контексте обсуждаемого вопроса, мы можем рассматривать личность как систему, которая содержит тенденции к действию разного уровня. В этом смысле личность – это сложная динамическая система с тенденциями к действию более высокого порядка, которые, хотя и возникают из тенденций более низкого уровня, но не могут быть сведены к ним*. На каждом уровне иерархии действуют особые принципы регуляции (ср.: Ellis, 2005). Например, тенденции, связанные с речью, а следовательно, символизацией, принадлежат более высокому уровню иерархии, чем досимволические тенденции, и не сводятся к ним – речь управляется иными принципами. Современными исследователями получены надежные данные, которые подтверждают идею ученых XIX века (Bain, 1855; Jackson, 1931–1932; Janet, 1926a) о том, что развитие вида (филогенез) и индивидуальное развитие (онтогенез) заключается в формировании тенденций к действию все возрастающей сложности (например: Fuster, 2003)**. Таким

---

* Здесь, видимо, идет речь о принципе эмерджентности (от *англ.* emergence) или проявления, который наряду с принципами интеграции и иерархического взаимодействия между субсистемами представляет собой один из наиболее важных принципов теории систем. В соответствии с этим принципом у системы при ее усложнении появляются новые свойства, отсутствующие у более простых субсистем, входящих в ее состав. Новые свойства при этом не сводятся к простой сумме свойств субсистем и не могут быть объяснены путем редукции к свойствам субсистем, находящихся на более низком уровне иерархии. – *Прим. науч. ред.*

** Как и Джексон, Жане был убежден в том, что онтогенез повторяет филогенез, что в ходе индивидуального развития мы повторяем эволюционные стадии, пройденные нашим видом, и эти стадии находят отражение в иерархическом упорядочении сис-

образом, спектр тенденций простирается от наиболее простых рефлексов, по большей части автоматических и неизменных, до высших рефлексивных, произвольных, творческих действий. Жане (1926a, 1938) предложил удобную трехчастную схему для классификации тенденций – низшие, средние и высшие. В каждую группу входит несколько подгрупп. В таблице 9.1 представлена схема этой иерархии. Сложность тенденций возрастает с увеличением числа составляющих ее компонентов, то есть действий, которые необходимо синтезировать (связывать и различать) и реализовать (персонифицировать и презентифицировать). Таким образом, чем сложнее тенденции к действию, тем сложнее ее перцептивно-моторные циклы.

Уровень тенденций, характеризующих личность, повышается с возрастом и опытом. Уровневая организация позволяет более эффективно решать задачи адаптации, так как в некоторых ситуациях мы нуждаемся в тенденциях низшего порядка, таких как рефлекторные движения (например, при езде на велосипеде, наборе текста на клавиатуре), в других ситуациях – в тенденциях среднего и высшего порядка. Однако сами по себе высшие тенденции к действию не являются ни лучше, ни эффективнее низших: все зависит от конкретной ситуации. Так, вряд ли нам поможет, если мы во время езды на велосипеде будем слишком много думать о том, как мы крутим педали. В таких случаях более эффективными будут тенденции к действию низшего порядка.

Таблица 9.1

Иерархия тенденций (Ellenberger, 1970; Janet, 1926a, b, 1938)

Низший уровень тенденций
Рефлексы Досимволические регуляторные тенденции Досимволические социально-персональные тенденции Базисные символические тенденции
Тенденции среднего уровня
Дорефлективные тенденции Рефлективные тенденции
Высшие тенденции
Рационально-эргетические тенденции Экспериментальные тенденции Прогрессивные тенденции

тем личности и тенденций к действию. Однако вряд ли мы можем согласиться с верностью данной гипотезы в такой формулировке. Например, считается, что в ходе эволюции происходило развитие живых организмов от рыб к рептилиям и далее – к млекопитающим. Между тем развитие эмбриона не повторяет в точности стадии «рыбы», «рептилии», «млекопитающего». Видимо, связи между онтогенезом и филогенезом, важность которых признается и современными эволюционными психологами (Buss, 2005; Panksepp, 1998), являются более сложными.

ТЕНДЕНЦИИ К ДЕЙСТВИЮ НИЗШЕГО УРОВНЯ

Тенденции самого низкого уровня являются и наиболее простыми. Многие из них связаны с автоматическими и первичными формами поведения, которые свойственны всем млекопитающим и человеку в том числе. К этим поведенческим актам относится ограниченный круг невербальных действий, направленных на достижение кратковременных целей. Однако в отличие от хаотичных моторных актов они требуют простейших форм синтеза. Между тем персонификация и презентификация появляются только на уровне символических тенденций к действию, для осуществления которых необходима простейшая речь, а также определенный уровень развития мышления и планирования.

Хаотичные моторные акты

Если психическая эффективность индивида находится на очень низком уровне, то он не в состоянии использовать свою психическую энергию для осуществления каких-либо тенденций к действию (то есть для адаптации). Полное отсутствие эффективности приводит к тому, что решение стоящих перед индивидом задач при помощи целенаправленных действий становится недостижимым, а единственно возможной формой активности во внешнем мире становятся хаотичные дезорганизованные движения. Например, больные эпилепсией во время приступа растрачивают энергию в пароксизмах, не имеющих какой-либо направленности. Дезорганизованные движения также могут появляться при приступах паники у пациентов с тревожными расстройствами и при переживании шоковых травматических эмоций у людей, страдающих от последствий психической травмы.

Базовые рефлексы

К базовым рефлексам относятся непроизвольные организованные реакции на привлекательные или отталкивающие стимулы. На этом уровне мы синтезируем главным образом один стимул и одну реакцию, эффективность которой прошла проверку на протяжении всего предшествующего эволюционного развития. Например, мы автоматически отдергиваем руку от горячей плиты или вытягиваем руки при падении, чтобы ухватиться за что-нибудь. Согласно теории Павлова, мы реагируем на *безусловный стимул безусловным рефлексом*. Этот рефлекс может быть физиологической реакцией (например, потоотделение при страхе) или моторной (например, вздрагивание). Безусловные стимулы бывают позитивными (или привлекательными) – еда, защита, тепло, нежное прикосновение, – а также негативными, отталкивающими. Например, эмоциональное насилие и пренебрежение, а также физическое и сексуальное насилие связаны с такими сильными отрицательными безусловными стимулами, как боль и отвержение. Эти стимулы снова и снова вызывают защитные рефлексы у жертв травмы.

Как правило, действие рефлексов подчиняется простому принципу «Все или ничего», то есть безусловный стимул либо вызывает реакцию во всей ее полноте, либо не вызывает ее. Например, либо мы вздрагиваем со всей силой этого действия, либо не вздрагиваем вообще. Такая грубая регуляция действия может быть адаптивной, потому что мы мгновенно расходуем большое количество энергии на действие, которое необходимо для нашего выживания. Реагируя рефлекторно, мы одновременно оттормаживаем тенденции, которые не нужны для решения текущей задачи и могут как-то повлиять на исполнение рефлекторного действия. Например, реагируя на ожог от случайного прикосновения к горячей плите, мы прерываем приготовление пищи или разговор с другим человеком. Оборотной стороной примитивной регуляции по типу «Все или ничего» является отсутствие возможности модулировать ее амплитуду или временные параметры (начало, продолжительность, окончание). Например, если бы индивид, страдающий от последствий травмы, обладал лучшими способностями к синтезу защитной и исследовательской систем, он смог бы начать защитные действия в наиболее подходящий для этого момент, а не только лишь при воздействии безусловного стимула. Благодаря исследовательской системе индивид может откладывать реакцию на действие безусловного стимула до тех пор, пока не станет понятной связь между этим и другими стимулами. В самом деле в целом, с точки зрения адаптации, весьма желательно определить, есть ли действительно в данной ситуации причины для защитного поведения, прежде чем это поведение будет инициировано. В том случае, если защитное поведение необходимо, то было бы полезным разобраться, какие именно защитные действия необходимы и сколько времени они должны продолжаться, то есть вместо того чтобы каждый раз в испуге вжиматься в кресло, когда терапевт, жестикулируя, в разговоре поднимает руку, пациент мог бы повременить с реакцией и понаблюдать за тем, как будут развиваться события.

Между обозначенными уровнями иерархии есть множество переходных степеней. Например, пациент может сказать: «Что-то меня трясет от страха». При этом он чувствует, подступающий страх, у него есть готовность к стартовой реакции, но самой рефлекторной реакции еще нет. Таким образом, в данном случае осуществляется двойное действие: стартовая реакция (на стадии готовности) и одновременно с этим торможение рефлекторного акта. Для торможения рефлексов требуется регуляторное действие, которое расположено на более высоком уровне в иерархии тенденций.

Помимо единичного экстероцептивного стимула и реакции на него, перцептивно-моторный цикл включает восприятие состояния собственного тела. Например, степень внимания, которое мы уделяем еде, и реакция на нее будет зависеть от того, насколько мы голодны. Так как системы действий направлены на достижение и поддержание гомеостаза, а процессы гомеостаза укоренены в телесной сфере, мы воспринимаем наши телесные состояния через наиболее простые действия, направленные вовне. Как правило, тенденции разворачиваются в рамках одной или нескольких систем действий. Эти систе-

мы регулируют нашу внутреннюю среду, поддерживая гомеостаз (например, системы регуляции температуры, поиска безопасности). Осознание телесного состояния чрезвычайно важно, поскольку позволяет выбирать и осуществлять потенциально адаптивные реакции (Damasio, 1999) и переходить к следующему действию, поэтому *текущее телесное состояние* будет влиять на наше внимание и интенсивность реагирования на конкретные безусловные стимулы. Например, люди, страдающие от последствий травмы, часто испытывают страх. Чем большей интенсивности достигают физические ощущения, сопровождающие страх, тем упорнее избегание угрозы и поиски безопасности. Это можно сравнить с чувством голода – чем оно сильнее, тем настойчивее поиски пищи. Однако часто жертвы травмы испытывают страх независимо от того, угрожает ли им в действительности что-то или они находятся в безопасности. При этом они всегда реагируют на чувство страха активацией защитной системы и сужением поля внимания, сосредотачиваясь только на тех раздражителях, которым они присваивают значение угрозы, что не только не способствует сохранению гомеостаза, но и вызывает серьезный дисбаланс.

Не все действия на уровне базисных рефлексов представляют собой абсолютные автоматизмы. Мы способны к научению и созданию новых синтезов и на этом уровне. Например, благодаря научению мы можем сформировать ассоциативную связь между определенным стимулом (скажем, каким-то звуком) и безусловным стимулом (ударом по голове), что меняет нашу первоначальную реакцию на первый стимул. Такой синтез (см. главу 10) помогает нам лучше ориентироваться в окружающем нас мире. Например, в детстве индивид, пострадавший от психической травмы, обучается мгновенной защитной рефлекторной реакции на звук приближающихся к комнате шагов, так как обычно за этим следовало избиение. К сожалению, эти рефлексы сохраняются много дольше, чем это необходимо. В настоящем, находясь в безопасности, этот человек время от времени будет регрессировать к уровню рефлексов и вздрагивать или съеживаться, едва заслышав за своей спиной звук приближающихся шагов. Регрессия связана с сильным падением психической эффективности, что влияет на способность регуляции защитного рефлекса. Часто ни ВНЛ пациента, ни его терапевту не удается регулировать интенсивность рефлекторной реакции АЛ на какой-то конкретный стимул. Когда АЛ реагирует рефлекторно, поле ее сознания сужается настолько, что способно вместить только раздражитель, который оценен как угрожающий, и немедленную рефлекторную реакцию. Для АЛ с активированной защитной системой и терапевт может предстать как насильник. Эта АЛ утрачивает, таким образом, способность различать фигуры терапевта и тех людей, действия которых стали причиной психической травматизации пациента в прошлом. Одной из причин нарушения нормальных социальных контактов при доминировании защитной системы, возможно, является сопутствующее торможение социальных систем действий, отвечающих за игру, привязанность и репродуктивное поведение.

Досимволические регуляторные тенденции к действию

К досимволическим регуляторным (*перцептивно-суспенсивным тенденциям,* по Жане – Janet, 1926, 1938) относятся тенденции к действию, в которых исполнению действия предшествует период ожидания, то есть мы можем говорить о самых начальных попытках регуляции аффекта и импульса. Осуществление этих действий не требует речи и способности символизации, которые необходимы для регуляции более высокого уровня. Между тем им в меньшей степени присущ эксплозивный характер рефлексов, и полная активация этих действий занимает, по крайней мере, две фазы. Восприятие стимула (жажда) влечет за собой состояние готовности (импульс) к действию (пить). Однако на этом уровне мы уже можем приостановить действие, если мы поняли, что оно не будет способствовать достижению цели (утолению жажды) должным образом. Так может быть, например, когда вода слишком горячая или грязная. Тогда мы *ожидаем* появления добавочного стимула (например, понижения температуры воды до приемлемого уровня), который переводит рефлекс из стадии латентности и готовности (Janet, 1934) к исполнению и завершению. Такой тип регуляции путем простого контроля импульса имеет несколько преимуществ перед базовыми рефлексами. Он позволяет нам приспосабливать действия к тому, что происходит в разные моменты времени и знаменует начало способности аккумуляции физической и психической энергии. Когда мы откладываем исполнение моторного действия, мы накапливаем энергию, так как наша потребность становится более сильной, пока мы дожидаемся ее удовлетворения. Например, исполнение таких действий, как питание, питье, сон, можно лишь отсрочить на время, однако рано или поздно мы должны будем их осуществить. Растущая по мере ожидания интенсивность потребности (например, голода, жажды, усталости и т. п.) позволяет нам впоследствии исполнить моторное действие/я с достаточно высоким напряжением физических и умственных сил. Опыт ожидания учит нас, что действия, исполнение которых откладывается, могут приносить нам удовлетворение.

К досимволическим регуляторным тенденциям относятся тенденции защиты (например, бегство, замирание) и базисные тенденции к действию в отношении объектов («вещей»). Объекты не существуют для нас в психологическом плане до тех пор, пока мы их не *создаем,* то есть не поймем, как именно мы можем *использовать* их. Например, безопасное место не является некой данностью для ребенка, который подвергается насилию, оно становится таковым только после того, как ребенок на опыте узнает, что он, например, может спрятаться в чулане и чувствовать себя там в безопасности. Подобно этому, и пациент, страдающий от последствий психической травмы, должен научиться воспринимать кабинет терапевта как безопасное место. То, как мы используем объекты, зависит от систем действий, активность которых доминирует в данный момент. Таким образом, в зависимости от того, доминирует ли система защиты или система повседневной жизни, индивид может вос-

принимать стул как объект, за которым можно спрятаться, как орудие борьбы (защита), как напоминание о том, как в детстве его привязывали к стулу и били или как предмет, на котором можно сидеть и спокойно, в полной безопасности беседовать с терапевтом (исследование). Таким образом, разные представления об одном и том же объекте опосредованы разными тенденциями к действию в отношении объекта (сокрытие, борьба, замирание, сидение). Как следствие, психологическое конструирование объекта в том или ином виде придает поведенческим актам некоторую гибкость, по крайней мере, до тех пор, пока между системами действий есть хоть какая-то координация. Такая гибкость выгодно отличает эти действия от простых безусловных рефлексов с фиксированной связью между стимулом и реакцией. Таким образом, если активность индивида, пережившего травму, протекает на уровне досимволических тенденций к действию, то его тенденции к действию проявляют несколько большую гибкость, то есть в этом случае ему будет проще адаптироваться, чем при доминировании рефлекса.

К досимволическим тенденциям регуляции относятся и те, что определяют и контролируют очередность исполнения тенденций в зависимости от контекста *ситуации*. Ситуация предполагает сочетание двух и более смежных стимулов. Например, ребенок хочет пить и видит воду в стакане, но в той же комнате он видит и человека, от которого исходит угроза насилия. Этим разным «объектам» – вода и насильник – будет соответствовать активация разных систем действий (регуляции энергии и защиты). Благоприятное разрешение ситуации, в которой одновременно активированы разнонаправленные тенденции, возможно при условии интеграции и взаимодействия систем, которым принадлежат эти тенденции. Таким образом, для ребенка в данной ситуации может быть лучше отложить исполнение действий, направленных на утоление жажды, если ему грозит наказание.

Наконец, под управлением тенденций досимволической регуляции находятся те потребности, которые остаются неудовлетворенными в силу того, что по тем или иным причинам не могут быть осуществлены моторные акты, необходимые для их удовлетворения. Например, когда родители Лары запирали ее зимой на несколько дней в холодном сарае, ее потребности в еде, питье и тепле не могли быть реализованы. На сеансах терапии стало ясно, что АЛ Лары крайне нуждается во всем этом, как будто бы она все еще находится взаперти и лишена возможности что-то сделать для того, чтобы удовлетворить эти потребности. Кроме того, Лара избегала обращаться к кому бы то ни было с просьбой обо всем необходимом, так как боялась отказа. Если же кто-то сам предлагал ей то, в чем она так нуждалась, она отказывалась это принять.

К досимволической регуляции относятся первые фазы активации внимания, так как, откладывая немедленное исполнение действия, мы наблюдаем, ожидая появления стимулов, которые подадут сигнал о том, что мы можем завершить отложенное действие. С ожиданием и поиском также связано появление ментальных действий, которые создают воспоминания и формируют

чувство времени. Таким образом, этой форме регуляции соответствуют более сложные перцептивно-моторные циклы по сравнению с простыми рефлексами.

Перцептивно-моторный цикл на этом уровне иерархии также включает идею тела. Конструируя ментальные «объекты», мы различаем внешние объекты и собственное тело. Представление о собственном теле и его отличии от внешнего мира вносит вклад в формирование примитивного чувства Я (Janet, 1929a; Damasio, 1999; Metzinger, 2003). Именно благодаря чувству телесного Я мы получаем возможность согласовывать наше поведение с условиями внешней ситуации, что вряд ли возможно на уровне элементарных рефлексов. Поведенческие акты становятся более гибкими.

В диссоциативных частях, как правило, доминируют досимволические регуляторные тенденции, особенно это верно в отношении АЛ, что, впрочем, не исключает присутствия тенденций других уровней и их участия в функционировании индивида.

> В детстве Петрой (диагноз НДР, DDNOS) часто в порыве гнева овладевало сильное желание ударить отца, который насиловал ее, прогнать его от себя. Однако она сдерживала эти импульсы до тех пор, пока он не покидал ее комнату, и тогда она набрасывалась с кулаками на стенку или обрушивала удары на саму себя. Ее способность сдерживать проявления своей ярости позволяла ей найти адаптивное решение в этих отношениях с отцом, так как она знала на собственном опыте, что если она ударит отца, то в ответ подвергнется ужасному избиению и испытает еще большие страдания. Атакуя другие объекты вместо отца, она совершала действие, замещающее защитные действия, необходимые для нее в той ситуации. У Петры не было возможности осуществить эти действия, когда она была ребенком, так как в то время ее психический уровень был недостаточным для осуществления тенденций высокого уровня, таких как поиск помощи у других людей.

Жертвы травмы часто сталкиваются с проблемой недостатка контроля импульсов или регуляции аффекта (то есть базисной регуляции систем действий). Очень часто вторгающиеся реакции АЛ, которые сводятся к активации простых перцептивно-моторных циклов действий, мешают более гибким формам саморегуляции, которые могли бы способствовать более эффективной адаптации. Порой АЛ не в состоянии осуществлять синтез даже в отношении жизненно важных стимулов в силу резкого сужения поля сознания. Они также иногда не могут контролировать свои импульсы из-за низкой психической эффективности. Например, индивид, в личностной системе которого в данный момент доминирует АЛ, может наброситься на своего партнера с кулаками, если расценит что-то в его поведении как угрозу или вновь проживает травматические события своего прошлого. АЛ могут быть настолько «слепы» в эти минуты, что вместо подушки или какого-то иного неодушевленного объекта направляют всю свою агрессию на любимого человека. Однако при достаточном уровне психической эффективности они могут сдерживать опре-

деленные импульсы достаточно долгое время или вообще не реализовывать их (в полной мере) (Bailey, 1928; Janet, 1928b).

Петра, в конце концов, дала отпор своему отцу и сильно избила его, когда он пытался изнасиловать ее, уже замужнюю женщину, к тому же беременную. Сочетание беременности и очередной попытки изнасилования со стороны отца стало добавочным сложным стимулом, который запустил сдерживаемое прежде действие защиты. Из-за долгой отсрочки этого действия у нее накопилось столько энергии, что Петра долго и яростно избивала отца, пиная его ногами. Другими словами, физическое проявление агрессии в отношении отца стало чрезвычайно энергетически заряженной тенденцией к действию.

Досимволические социоперсональные тенденции к действию

На уровнях базовых рефлексов и досимволических регуляторных тенденций к действию индивид сам исполняет действие от начала до конца. На уровне досимволических социально-личностных тенденций (*социально-личностные* тенденции к действию, по Жане – Janet, 1926, 1938) ситуация усложняется: исполнение действия может быть распределено между несколькими людьми, начато одним и завершено другим. Как отмечал Бэйли (Bailey, 1928, p. 215), резюмируя взгляды Жане, «действие социально, когда несколько человек объединяются и осуществляют разные его части. Это отсроченный акт, в котором действия партнеров играют роль дополнительных стимулов». На этом уровне перцептивно-моторные циклы действий включают учет действий других людей и их значение для нас, при этом вербальная коммуникация все еще отсутствует. Признание и понимание действий других людей является началом ментализации. Ментализация представляет собой ментальное действие, благодаря которому другие люди воспринимаются не просто как «объекты», что характерно для предыдущего уровня иерархии тенденций, но как активные субъекты, обладающие собственным внутренним миром, психикой, у которых есть свои собственные чувства, мысли, цели, которые могут отличаться от наших (например: Rizzolatti & Craighero, 2004; ср.: главу 7). Именно ментализация лежит в основе эмпатии, нашей способности учится у других (например, новым навыкам), а также согласовывать свои действия с действиями других людей (Keysers & Perrett, 2004; Keysers et al., 2004).

Досимволические социально-личностные тенденции являются невербальными и состоят из действий подражания, подчинения и сотрудничества. Наша удивительная способность к имитации составляет сердцевину человеческой культуры (Gallese, 2003; Rizzolatti & Craighero, 2004). Научение через подражание гораздо более эффективно или *экономично* (см. главу 12), чем научение по принципу проб и ошибок, поскольку позволяет избежать ненужных неудач, а также лишних трат энергии, времени. Способность к имитации проявляет-

ся в самом начале жизни. Например, младенцы подражают выражению лица матери уже через 40 часов после рождения (Berlucchi & Aglioti, 1997). Действия подражания предполагают имитирумого (модель подражания) и имитатора (субъект подражания). Одни позволяют другим выбирать их в качестве объекта подражания или побуждают других имитировать собственное поведение, при этом они берут на себя ответственность за возможные ошибки (например, родители). Другие (например, их дети) охотно подражают своим моделям. Жане (Janet, 1926a, 1935b) утверждал, что взаимодействие между субъектами, которое осуществляется при подражании, составляет основу отношений социальной иерархии, всех форм социального поведения, учитывающего субординацию, в том числе таких действий, как руководство и исполнение распоряжений. В терапевтических отношениях тенденции, принадлежащие этому уровню, проявляются в том, что терапевт играет для пациента роль модели адаптивных форм поведения, а также в том, что пациент учится, следуя рекомендациям терапевта. Например, при обучении техникам дыхания, терапевт делает глубокий вдох и приглашает пациента повторить за ним это действие.

Осознание своих и чужих действий связано с синтезом телесных ощущений и аффективных переживаний (Damasio, 1999). Благодаря этому мы отдаем себе отчет в том, как наши действия влияют на других людей, что является главной предпосылкой не только межличностного взаимодействия, но также и понимания самих себя и развития внутренних отношений (Janet, 1935b). Таким образом, сотрудничество с другими является важной основой нашей способности отношения к самому себе – самосознания (Barkley, 2001; Janet, 1929a). Осознавая влияние, которое наше поведение оказывает на других и на нас самих, мы формируем способность регулировать наши отношения с другими людьми и с самими собой (Janet, 1928b, 1929b, 1932c).

Иногда индивиды, пережившие травму, утрачивают способность оперировать досимволическими социально-личностными тенденциями. Так, например, происходит, когда они погружены в повторное проживание травматических событий прошлого, что, как правило, сопровождается нарушением контакта с актуальной ситуацией и людьми, которые находятся в их окружении, то есть они как бы выпадают из контекста социального взаимодействия и утрачивают базовые формы поведения, с ним связанные. Примером этого может быть ситуация на терапевтическим сеансе, когда пациент, находящийся в состоянии флэш-бэка, не реагирует на простую просьбу терапевта открыть глаза. Кроме того, у жертв травмы также могут присутствовать и негативные диссоциативные симптомы, которые нарушают связь ВНЛ или АЛ с доминирующим паттерном подчинения с важными телесными и эмоциональными сигналами, которые помогают ориентироваться в социальном контексте. Последствия таких нарушений могут быть очень серьезными. Так, индивид может утратить способность сопереживать людям и самому себе, подражать, руководствоваться невербальными знаками, сотрудничать с терапевтом и другими. Обычно ВНЛ жертв травмы сохраняет способность к осуществлению

социально-личностных тенденций к действию, однако эта способность ВНЛ может быть реализована не во всех ситуациях. Некоторые АЛ также могут в той или иной степени функционировать на этом уровне при условии, однако, если они ощущают себя в относительной безопасности. Тогда они могут налаживать отношения и подражать тем, кому они доверяют, например терапевту, и обучаться у них на *невербальном уровне.*

Базисные символические тенденции

На уровне базисных символических тенденций (*простые интеллектуальные тенденции* по Жане – Janet, 1926, 1938) в перцептивно-моторных циклах действия используются «инструменты» (орудия) и простые вербальные средства (Janet, 1935b). «Орудиями» являются объекты, которые мы используем для решения задач адаптации, например, корзина для сбора яблок (Janet, 1936), палка для отпора нападающему, часы для определения времени. Однако наиболее важным и имеющим отношение к терапии является то, что мы используем слова и речь как *символические инструменты* (Janet, 1936). Это возможно благодаря нашей способности находить связь между разными предметами, соотносить одно с другим, что лежит в основании интеллекта (Janet, 1926, 1936). К этому уровню можно, например, отнести наше понимание того, что за приказом должно следовать его исполнение, что только применение определенных инструментов поможет нам в достижении конкретных целей (например, для того, чтобы нарубить дрова, мы должны пользоваться топором). Данный уровень тенденций существенно повышает гибкость наших действий, так как у нас появляется возможность рассматривать объекты и других людей с разных точек зрения. Например, другой человек теперь выступает в роли «символического инструмента», который мы «используем» для того, чтобы испытать радость и чувство безопасности, получить заботу, расслабиться, вступить в игровые отношения, а также для переживаний страха, стыда и смущения. Благодаря речи наша способность к символизации достигает гораздо более высокого уровня, так как слова являются символами для вещей, людей, переживаний, событий и пр. Использование вербальных (и других) средств очень экономично. Так, если мы хотим, чтобы кто-то или мы сами сделали что-то, нет необходимости показывать, достаточно просто сказать об этом или сформулировать задание для самого себя, что не требует много времени и больших усилий. (Хотя это не гарантирует исполнения просьбы или задания.) Язык также обладает средством организовывать события в пространстве и времени, то есть синтаксисом («Он взял палку, ударил меня и ушел»). Таким образом, речь является главным инструментом как персонификации, а значит чувства Я («Меня зовут Джон, я хочу спать»), так и презентификации, а значит и чувства времени («Я навещал бабушку утром, сейчас я один, но завтра я опять с ней увижусь»). Другими словами, речь необходима для самосознания и создания автобиографических воспоминаний. Персонификация и презентификация улучшают регуляцию действий, так как с их появлением на дан-

ном уровне иерархии открывается возможность проигрывать в воображении разные варианты исполнения действий, исходя из предшествующего личного опыта, прогнозируя, таким образом, те или иные результаты с той или иной степенью вероятности.

Если для индивида, пострадавшего от психической травмы, доступны базисные символические тенденции, то он может осуществлять простую символизацию своего опыта, он может опереться на простое использование «орудий». Например, пациенты могут представить свои переживания в форме визуальных образов, изобразив их на бумаге и установив связь между рисунком и внутренним опытом. Эта операция создаст условия для дальнейшей психологической переработки (тогда как при доминировании низших тенденций они могут испытывать страх и проявлять защитные реакции, глядя на изображение насильника, как будто перед ними не рисунок, а реально присутствующий человек). Иногда пациенты высказываются по поводу рисунка, могут также ударить по нему карандашом или произнести вслух какую-нибудь одну простую фразу (например, «Не нравится мне *это*»). Функционируя на данном уровне иерархии тенденций, пациенты могут давать простые обещания (например, «Я нарисую рисунок», «Я сделаю домашнее задание»), что повышает их самоконтроль и социальную эффективность. Однако терапевт не должен удивляться, если пациенты не выполнят обещания. Их психический уровень может оказаться недостаточным для этого.

Базисные символические тенденции могут быть не вполне сформированными у детских АЛ. Например, такие АЛ не умеют определять время по часам, им трудно держать ручку и писать, они могут произносить и понимать только очень простые фразы. Сильные негативные эмоции, например, если индивид сильно напуган, очень зол или охвачен стыдом, еще больше могут осложнить использование тенденций этого уровня. Даже ВНЛ жертв травмы порой испытывают затруднения с тем, чтобы выразить словами то, что они чувствуют, особенно, когда они находятся во власти эмоций, их внутренняя и внешняя речь становится более простой. Терапевты должны знать и всегда помнить об этих ограничениях.

ТЕНДЕНЦИИ СРЕДНЕГО УРОВНЯ

Тенденции среднего уровня предполагают использование символов, в том числе речи. Некоторые тенденции данного уровня являются дорефлективными* и содержат некритичные убеждения, сформированные стихийно, под влияни-

---

* Здесь слово [pre]reflective мы, следуя англо-русскому словарю, переводим как [до]рефлективный, то есть склонный к самоанализу, размышлению, мыслящий. По-видимому, можно констатировать, что в современном русском языке семантические поля слов «рефлективный» и «рефлексивный» претерпели в некотором смысле «расщепление» на два полярных кластера значений. Так, в словаре иностранных слов мы находим прямо противоположное толкование для слова «рефлективный»:

ем момента. Рефлексия в большей степени свойственна другим тенденциям более сложных действий, для которых характерна способность сдерживания и коррекции дорефлективных убеждений и оценок.

Дорефлективные тенденции

Дорефлективные тенденции (*непосредственные действия и убеждения* у Жане (Janet, 1926a, 1926b, 1938) предполагают намерение осуществить определенные (моторные) действия, которые не могут быть исполнены незамедлительно, так как отсутствует пусковой стимул (или их сочетание), необходимый для начала действия (например, «Я сделаю домашнее задание завтра»). Эти действия являются символическими, потому что им соответствует вербальная репрезентация. Дорефлективное намерение придает внутреннему побуждению большую силу, что является эффективным. Жане рассматривал намерения с отложенным исполнением как разновидность *убеждений* (например, пациент может сказать: «Поверьте, я больше никогда не стану наносить себе порезы»). Эти дорефлективные намерения часто связаны с дорефлективными действиями, которые могут быть вербализированы. Например, Дженни (сложное ПТСР и НДР) послушно выполнила домашнее задание терапевта. Но когда терапевт спросил, что она извлекла из этого для себя, она сказала: «Ну, я не знаю, я сделала, потому что вы хотели этого».

Такова оборотная сторона дорефлективных убеждений: они были приняты без критики и не выдерживают проверки реальностью (к дорефлективным убеждениями, например, может быть отнесено следующее: «Я убежден, что все поздние воспоминания о якобы фактах детского насилия ложны, поэтому я не принимаю их как реальные воспоминания»). На этом уровне тенденций мы синтезируем и принимаем сенсорные стимулы, вербальные послания и мысли, какие они есть, «по номинальной стоимости», и действуем соответственно этому. Однако риск состоит в том, что эти убеждения и связанные с ними действия формируются под влиянием чувства, питаются предрассудками, внушениями и ограниченным восприятием себя и других. В них часто присуствует упрощенное, черно-белое мышление, что, соответственно, связано с сужением поля сознания. Это ограничивает наши возможности *реализации* прошлого, настоящего и ожидаемого будущего. Низкий уровень расширенной презентификации и вытекающая из этого путаница с присвоением статуса реальности переживаниям и воспоминаниям (см. главу 8) приводят к проблемам построения автобиографического нарратива, в котором «игнорируются точные временные координаты и создается материал, из которого впоследствии вырастают легенды и мифы» (Ellenberger, 1970, p. 391).

«непроизвольный, совершаемый по рефлексу, связанный с рефлексами»; «непроизвольный, машинальный, бессознательный», с другой стороны – «склонный к обдумыванию». То же самое можно сказать и в отношения слова «рефлексивный». К сожалению, такая «поляризация» вносит изрядную путаницу и затрудняет понимание текстов, в которых используются данные термины. – *Прим. пер.*

Дорефлективные убеждения находятся в центре внимания современных когнитивных теорий, ориентированных на работу с иррациональными убеждениями (см., например: Kubany et al., 2003; Ziegler & Leslie, 2003) и фиксированными когнитивными схемами, то есть дезадаптивными базовыми убеждениями относительно себя, других людей и мира в целом (Dutton et al., 1994; Galloucis et al., 2000). Так, на этом уровне чувство Я еще не развито до чувства подлинной личной идентичности. Мы скорее следуем правилам группы (например, семьи или группы сверстников) и не так уж сильно отличаем себя от других членов группы, мы очень чувствительны к их осуждению и склонны отвергать другие группы (Janet, 1929, 1936; Loevinger, 1976).

ВНЛ и АЛ многих жертв травмы «наполнены» дорефлективными убеждениями, связанными с опытом психической травмы (например, «Я грязная», «Я не заслуживаю счастья», «Рано или поздно ты от меня уйдешь»). Им трудно провести границу между (субъективными) чувствами, фантазиями и восприятием факта, трудно соблюдать иерархию степеней реальности. Чувства и фантазии для них являются такими же (иногда даже более) реальными, чем «объективная реальность». Они часто прибегают к дорефлексивным убеждениям и поведению, чтобы избежать осознания мучительных фактов. Например, жертва травмы скорее поверит, что сама виновата в насилии и отвержении, пережитом в детстве, чем осознает всю степень своей беспомощности в прошлом.

Некоторые дорефлективные верования и моторные действия жертв травмы появились в результате того, что насильник пытался внушить своей жертве идеи, в которых он злонамеренно искажал реальность (Janet, 1910/1911, 1919/1925). Ложные идеи могут сообщаться жертве явно или косвенным образом. Например, в случае детского сексуального насилия ребенку часто говорится: «Это ты соблазнил(а) меня, потому что ты плохой/ая», – поэтому АЛ жертвы соглашается с тем, что: «Я заслужил(а) побои, я совершенно никчемный/ая» (ср.: Salter, 1995). Часто насильники запугивают жертву, внушая ей «злокачественные» идеи для того, чтобы избежать раскрытия своего преступления: «Если ты расскажешь об этом, я узнаю и накажу тебя».

Для пациентов с травматическими расстройствами характерны дорефлективные убеждения, центрированные вокруг аффекта (Epstein, 1991) и связанные с соответствующими системами действий. Например, некоторые диссоциативные части убеждены в том, что мир полон угроз, они сами являются слабыми и уязвимыми, а другие люди – опасными и бесполезными, поэтому единственно правильный выбор – все время прятаться и убегать (бегство). Другие диссоциативные части считают мир враждебным, себя эксплуатируемыми, а других несправедливыми и не заслуживающими доверия, поэтому их одолевает подозрительность, и они всегда готовы к внезапной контратаке (борьба). Наиболее яркими примерами проявления ригидности Я и систем действия служат травматические воспоминания. При повторном проживании травматических событий АЛ, как правило, фиксирована на действиях защит-

ной системы и таких дорефлективных убеждениях, как «Я беспомощен», «Он задушит меня», «Я грязная».

Рефлективные тенденции к действию

Рефлективные тенденции к действию (*рефлективные убеждения и действия* – Janet, 1938) представляют собой символические социальные тенденции, в которых присутствует размышление (Janet, 1926a). На этом уровне происходит дальнейшее усложнение перцептивно-моторных циклов за счет внешнего и внутреннего диалога и обоснованных умозаключений. Мы формируем наше намерение исходя из размышления, которое может разворачиваться в форме внутреннего диалога или в контексте коммуникации с другими людьми, то есть мы формируем представление об определенных поведенческих актах в будущем, которое становится для нас примелемым. Затем мы облекаем эту идею в слова, критически исследуем ее («Реалистично ли надеяться на то, что я смогу помочь пациенту интегрировать данное травматическое воспоминание за один сеанс, остающийся до моего отпуска?»). На этом уровне поле сознания существенно расширяется, поскольку теперь мы можем синтезировать различные позиции (например, «Это недавно пришедшее воспоминание о насилии, пережитом в детстве, может быть точным»). Мы воспринимаем эти позиции как идеи или возможности, в соответствии с которыми мы можем, но не обязаны действовать, сохраняя, таким образом, степени свободы для изменения хода исполнения действия. Одним словом, мы больше думаем и руководствуемся результатами размышлений в нащих действиях.

Для достижения адаптации рефлективные тенденции могут быть эффективнее, чем тенденции более низких уровней. Например, когда терапевт становится объектом вербальной атаки пациента, он не отвечает пациенту тем же, а рассматривает разные варианты своего поведения в этой ситуации и выбирает наиболее подходящий с его точки зрения. При этом пациент получает возможность анализировать свои дорефлективные убеждения, которые в течение долгого времени он принимал как само собой разумеющиеся, и осознать, что эти убеждения, оказывается, не являются непреложными фактами, а только идеями, которые могут быть истинными или ложными. Размышления о собственных мыслях, чувствах и других ментальных действиях позволяет нам понимать намерения и мотивы, которые стоят за нашими действиями и действиями других людей. Этот аспект ментализации (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002) помогает нам точнее прогнозировать действия других (Janet, 1938; Llinás, 2001) и регулировать собственные. Ментализация освобождает нас от слепого принятия чужих мнений и безропотного следования тому, что нам говорят, однако вместе с тем привносит неопределенность и сомнения, которые трудно разрешить, если тенденции высшего уровня остаются недоступными (например, «Если я не плохая, тогда почему меня избили и изнасиловали?»).

Пациенты, функционирующие на этом уровне, часто уже после первой фазы терапии (глава 13) могут использовать речь для распознавания, регуляции и выражения своих психологических состояний. Они могут сказать себе и другим, что они чувствуют, и регулировать действия через социальное взаимодействие и собственные размышления. Функционирующие на этом уровне пациенты могут, как правило, с помощью терапевта совершить работу преобразования своих травматических воспоминаний в автобиографические нарративы.

Способность к рефлективным действиям является основой и предпосылкой высших тенденций *реализации,* в том числе зрелой персонификации и презентификации. Рефлексия открывает пути постижения нашей собственной психической реальности, расширяет границы межличностного пространства, помогает созданию субъективной «теории психического» (Fonagy & Target, 1997). Достигнув этого уровня, пациенты способны оценить степень *реальности* явлений и действий (Janet, 1928a, 1932c; Metzinger, 2003; см. главу 8). Например, они осознают, что мысли или воспоминания менее реальны, чем моторные действия, следующие из этих ментальных действий, а также что настоящее более реально, чем прошлое или будущее.

Социоперсональные тенденции к действию, в которых мы отличаем себя от других, формируют почву для дальнейшей персонификации. Из базовых символических тенденций возникает первичное вербализованное чувство Я, развитие которого может привести к становлению самосознания и самоутверждения (Janet, 1929a; Loevinger, 1976). На уровне рефлективных тенденций мы начинаем размышлять над тем, кто мы есть, и осознаем, что происходящее в нашем психическом мире принадлежит нам и что наша жизнь отличается и является отдельной от жизни других людей. Пациенты, достигшие данного уровня тенденций, перестают относиться к самим себе как к объектам, которые лишены собственного бытия и представлены лишь в восприятии других людей («Мой дядя думает, что я шлюха, значит, так оно и есть»), и формируют персонифицированное чувство Я (ср.: Loevinger, 1976). Они, например, начинают сомневаться в том, что другие люди читают их мысли, что желание ударить кого-то означает, что они плохие или что они всегда должны быть такими, какими их видят другие. Однако способность к сомнению имеет оборотную сторону. У пациентов появляется неуверенность в себе, так как, отказавшись от дезадаптивных нерефлективных представлений, они подвергают сомнению новые идеи о самих себе («Я знаю, что я не плохой человек, но я не уверен, смогу ли я справится с воспоминаниями обо всей той боли, которую мне довелось пережить», «А вы останетесь со мной, не исчезнете, если я расскажу вам о том, что заставляло меня страдать больше всего?»). Новые идеи делают их уязвимыми.

Рефлексия предполагает оценку фактов и событий в контексте прошлого, настоящего и прогнозируемого будущего – расширенную презентификацию. При травматических расстройствах эти ментальные действия сильно нару-

шены. Однако по мере того, как пациенты обретают способность устойчиво функционировать на уровне рефлективных тенденций, они все больше и больше включаются в эти действия.

ВЫСШИЕ ТЕНДЕНЦИИ

К высшим тенденциям относится способность осуществлять сложные последовательности тенденций к действию, которые направлены на достижение долговременных целей, способность продуманного и систематического исполнения этих тенденций, способность к презентификации и персонализации нашего бытия на высоком уровне, а также ментальные действия, при помощи которых формируются обобщенные понятия, относящиеся к сферам морали, науки и философии, идеи относительности. В сферу тенденций высшего уровня входят действия, благодаря которым создаются общие рефлективные модели Я, мира и себя в мире, из которых в итоге складывается презентификация всей жизни индивида. Презентификация на этом уровне также может быть охарактеризована как создание моделей Я и мира в соотнесении с временными масштабами, превосходящими рамки индивидуального существования.

Пролонгированные рефлективные тенденции

Пролонгированные рефлексивные тенденции (*рационально-эргетические* тенденции – Janet, 1938) предполагают наличие способности направлять энергию для достижения долгосрочных целей и далее распределять ее между сложными действиями, а также способности последовательного исполнения этих действий. Благодаря этим способностям мы можем исполнять принятые на себя обязательства – держать слово, которое мы даем себе или другим, решая сложные жизненные задачи, такие как научная работа, образование, долговременная психотерапия. Цели этих начинаний могут отражать не только личную выгоду, но и принадлежать высшим моральным принципам («Я занимаюсь помощью жертвам травмы, несмотря на то, что эта работа бывает очень тяжелой и неблагодарной»). Перцептивно-моторные циклы на этом уровне состоят из сложных цепочек действий, содержат в себе синтез личной ответственности и способностей, произвольных действий, инициативы, упорства, терпения и моральности (ср.: Loevinger, 1976).

Жертвы травмы, которые функционируют на этом уровне – как правило, это относится к ВНЛ, – могут принимать участие в долговременных проектах, преследующих не сиюминутную выгоду, а более отдаленные цели, даже в том случае, когда это связано с необходимостью терпеть неудовольствие. Они обладают достаточно высоким уровнем персонификации и могут ставить реалистичные цели, достижение которых предполагается в отдаленном будущем. Благодаря этому они способны удерживаться в терапии, требующей значительных усилий и упорства. Однако далеко не всегда ВНЛ жертв травмы

функционируют на этом уровне. Что касается АЛ, то для них достижение этого уровня является скорее исключением, чем правилом. Как для пациента, так и для терапевта, терапия последствий психической травматизации является тяжелой, сложной и многоступенчатой работой. Хотя большинству пациентов (а порой и некоторым терапевтам) недостает психической эффективности для осознания всей сложности терапии, все же они в состоянии сделать несколько шагов и начать движение к своей цели.

Экспериментальные тенденции

К экспериментальным тенденциям относится способность систематической проверки рефлективных идей, в том числе научных гипотез, а также способность к поведенческому эксперименту – систематической проверке действием. На низких уровнях иерархии нам требуется пример или наставление в том, что и как надо делать, мы обучаемся на опыте проб и ошибок или благодаря обусловливанию. Однако уже на уровне рефлективных действий и особенно на уровне экспериментальных тенденций научение инициируется самим индивидом и становится эксплицитным, осознанным, спланированным, распределенным во времени. Мы понимаем, что наши идеи могут быть ложными или ошибочными, и способны признавать свои ошибки, учиться на них. Осуществление экспериментальных тенденций требует высокого уровня персонификации и глубокого понимания релевантных аспектов прошлого, настоящего и предполагаемого будущего и, как следствие, высокого уровня (расширенной) презентификации.

Перед жертвами травмы стоит задача найти способы более эффективно справляться со своей беспокойной жизнью. Терапевт поможет им в этом, если будет содействать систематическому исследованию их внутреннего и внешнего мира, а также согласованию действий пациента с результатами этого исследования (в формировании «мудрого отношения к себе» – Linehan, 1993). Многие пациенты испытывают страх перед необходимостью разбираться и понимать свое прошлое, настоящее и будущее, а также экспериментирования с новыми психическими и поведенческими действиями, однако именно на это и направлена терапия. Точнее, терапия в идеале помогает достичь высокого уровня функционирования в отношении широкого спектра поведенческих систем.

Прогрессивные тенденции

К уровню прогрессивных тенденций относятся наши наиболее подлинные и соответствующие наивысшему уровню развития действия. Например, на этом уровне мы можем постичь идеи непредвиденных обстоятельств («Просто так совпало, что я была дома, когда в него проник насильник»); случайности («Каждый может стать жертвой насилия, в том, что случилось, нет моей вины»); эволюции («Многие мои реакции в ответ на насилие могут показаться странными, но я узнала, что эти действия, доставшиеся мне в наследство от моих предков,

были эффективными в этих обстоятельствах. Каждый может повести себя подобным образом, оказавшись в экстремальной ситуации»); свободы («Моя жизнь зависит от многих факторов, но это не значит, что у меня нет выбора или что я не могу ничего изменить»); относительности («Моя мать игнорировала меня и была ко мне жестока. Это сильно повлияло на меня. Во многом, но не во всем. Роль «жертвы насилия» слишком тесна для меня, моя личность не сводится к этому»). Мы осознаем, что наша жизнь, опыт, переживания изменяются с течением времени, что мы, как все живые существа и как события нашей жизни, уникальны, несмотря на общие черты. Такое видение мира и себя в нем предполагает высшие уровни презентификации и персонализации. Функционирование многих людей не достигает уровня прогрессивных тенденций. Для пациентов, страдающих от последствий психической травмы, этот уровень становится доступен только при успешном прохождении третьей фазы терапии и интеграции всех частей личности и травматических воспоминаний. Пациенты также могут прийти к пониманию того, что те люди, по вине которых они пострадали, сами когда-то были травмированы (если так, конечно, было на самом деле) и не смогли или не пожелали преодолеть последствия своей травмы.

ПСИХИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКАЯ ЭНЕРГИЯ

Между психической эффективностью и уровнем тенденции существует тесная реципрокная связь (Janet, 1928b, 1934). Для ее понимания необходимо уточнить наше представление о психической эффективности. Во введении мы охарактеризовали психическую эффективность как способность концентрировать и эффективно использовать психическую энергию, которая имеется в нашем распоряжении в данный момент времени. Однако в концепции психической эффективности, по сути, представлены три разные, но взаимосвязанные идеи. Во-первых: *представление об оптимально высоком уровне тенденций к действию, то есть таком, исполнении тенденций к действию, которое не будет сопряжено с ненужными тратами энергии или ее потерями,* то есть чем выше наша психическая эффективность, тем более высокого уровня тенденции нам доступны при наличии достаточной психической энергии. По мере биологического и психологического созревания мы получаем необходимую стимуляцию от социального и физического окружения и повышаем психическую эффективность в пределах своих возможностей. Позитивная социальная стимуляция связана с такими действиями, как социальная поддержка и поощрение; адекватная физическая стимуляция обеспечивается таким окружением, в котором нет ни недостатка, ни избытка стимулов.

Однако наша психическая эффективность изменчива. Она колеблется в пределах сложившихся на настоящий момент значений минимума и максимума, которые могут меняться с течением времени и в зависимости от ситуа-

ции (Janet, 1921–1922, 1934). Например, психическая эффективность понижается или ее развитие приостанавливается в случае психической травмы. Она понижается также при усталости или болезни, когда в нашем распоряжении меньше психической и физической энергии. Как отмечалось ранее, уровень психической эффективности ВНЛ выше, чем АЛ, однако все диссоциативные части подвержены его колебаниям.

Вторая идея, которая присутствует в определении понятия психическая эффективность, отражает *способность избирать тенденцию такого уровня иерархии, который требуется для решения задачи адаптации в данной конкретной ситуации.* Этот *выбор,* это ментальное действие само по себе может представлять проблему и, таким образом, требовать определенного уровня психической эффективности. Когда наша психическая эффективность высока, мы выбираем тенденцию, которая соотвествует задаче. Однако если наша психическая эффективность слишком низкая, то выбор падает на тенденцию слишком низкого либо слишком высокого уровня. Нет необходимости в высокоуровневой тенденции, если автоматические действия будут более эффективными в данной ситуации. Например, рукопожатие должно быть естественным и в то же время выразительным. Однако некоторые индивиды, страдающие от последствий травмы, тратят свою драгоценную психическую энергию, терзаясь сомнениями – не воспримут ли прикосновение их руки как грязное или отталкивающее. Эти навязчивые мысли мешают им осуществить рукопожатие спонтанно и естественно. С другой стороны, при нападении мы должны скорее полагаться на наши рефлексы, чем на размышления об эмоциональных проблемах преступника. Однако многие ситуации требуют сочетания тенденций, принадлежащих и к высшим, и к низшим уровням в иерархии одной или нескольких систем действий.

Иногда мы располагаем необходимой психической эффективностью для выбора уровня тенденции, необходимой для достижения цели. Однако нам может не хватить психической энергии для *реализации* этой тенденции. Например, психическая эффективность пациента может позволить ему осознать необходимость интеграции болезненных переживаний, однако имеющейся в его распоряжении психической энергии может быть недостаточно для осуществления сложной интегративной работы.

Третья идея в определении психической эффективности отражает неотъемлемое свойство тенденций – *необходимость определенного уровня психической эффективности для начала, осуществления и завершения определенной тенденции к действию* (Janet, 1934). Чем выше уровень тенденции, тем большей психической эффективности она требует.

Итак, когда уровень психической эффективности и запасы психической энергии достаточно высоки и мы твердо намерены достичь определенной цели, мы можем выбрать уровень и тип тенденции, который лучше всего подойдет для достижения данной цели и осуществить ее со всей доступной нам точностью, полнотой и изяществом.

ВАРИАТИВНОСТЬ В РАМКАХ ИЕРАРХИИ ТЕНДЕНЦИЙ

Травматизация происходит в том случае, когда уровень психической эффективности или энергии недостаточен для осуществления высокоуровневых тенденций, которые необходимы для интеграции интенсивных негативных переживаний, вызванных экстремальной ситуацией. Сочетание психотравмирующего переживания и низкой психической эффективности может приводить к остановке развития и фиксации на дезадаптивных тенденциях низкого уровня или регрессии к ним.

Фиксация или регрессия выражается в активации *суррогатов* или *заместителей* адаптивных тенденций (Janet, 1928b; см. главу 7). Как писал Джексон, «диссолюция… это процесс обратного развития от гибких, сложных, произвольных форм к жестко организованным, простым и автоматическим» (Jackson, 1931/1932, p. 46). Диссолюция (Meares, 1999; Meares et al., 1999), или регрессия, необязательно означает полную утрату высших тенденций, но всегда – *доминирование тенденций, находящихся на более низких уровнях соотвествующей иерархии* (Janet, 1903, 1909a, 1928b). Например, в ситуации серьезной угрозы (объективной или субъективно воспринимаемой) ухудшение владения речью или социального взаимодействия не означает окончательной утраты или разрушения этих навыков, но значительное их ослабление и упрощение, вызванные конкретными обстоятельствами. При фиксации на низших уровнях иерархии, индивид испытывает трудности с вербальной символизацией переживаний, а также с тем, чтобы поделиться с другими своими переживаниями и *реализацией* произошедшегос ним. Это заставляет человека, пережившего травматизацию, прибегать к *замещающим действиям* (Janet, 1903).

Использование замещающих действий связано с дезадаптивным смещением на более низкий уровень в иерархии тенденций и, соответственно, к качественно более простому уровню интеграции. Говоря языком теории нелинейных динамических систем (Edelman & Tononi, 2000), использование замещающих действий означает откат к формам самоорганизации более низкого уровня. Термин *нелинейная* в данном случае означает, что глобальные изменения в системе могут быть вызваны воздействием слабого стимула, тогда как сильный стимул (или совокупность стимулов) может вообще не оказать на нее никакого влияния. Другими словами, отношение между воздействием стимула и результатом этого воздействия является непропорциональным. У травмированных индивидов даже относительно нейтральные, незначительные события могут вызывать качественные изменения, регрессию на более низкие уровни иерерхии тенденций. Это означает, что действия индивида станут регулироваться в соотвествии с принципами самоорганизации тенденций более низких уровней. Например, многие терапевты, работающие с пациентами, страдающими от последствий психической травмы, знают, что «неверная» фраза может стать причиной серьезного кризиса у пациента. Этот кризис проявит

себя замещающим действием (или действиями), принадлежащим тенденциям низкого уровня, таким, например, как членовредительство и временная утрата способности формировать отношения надежной привязанности. В некоторых случаях малейшее напоминание о травматическом событии может запустить крайне болезненное повторное проживание всего объема травматического опыта, которое будет сопровождаться избыточными сенсомоторными и эмоционально заряженными действиями с временной утратой способности осуществления социально-личностных тенденций высшего уровня.

Шоковые или чрезмерные эмоции (Janet, 1889, 1909a; Van der Hart & Brown, 1992) могут быть отнесены к замещающим действиям особого типа. Переживанию шоковых эмоций сопутствует мобилизация и интенсивный расход психической и физической энергии, при этом низкая психическая эффективность мешает оптимальному управлению потоками энергии. Следствием этого является дезорганизация поведения. Таким образом, шоковые эмоции отличаются от просто сильных эмоций тем, что последние могут сопровождать адаптивные действия и служить для них ориентиром (Janet, 1928b). Шоковые эмоции возникают в том случае, когда требования, предъявляемые к нашим системам действий, превышают их возможности.

Иногда у терапевта, работающего с пациентом, страдающим от последствий психической травмы, появляется чувство, что диссоциативные части или личность пациента в целом функционируют, формально выражаясь, как нелинейная динамическая система, то есть для терапевта очевидна диспропорция между его действиями и тем эффектом, который они оказывают на пациента. Например, усилия терапевта, направленные на то, чтобы скорректировать убеждение пациентки в том, что она и только она несет всю ответственность за сексуальное насилие, жертвой которой она оказалась, могут быть потрачены впустую. Впоследствии, однако, может открыться, что энергия и время были потрачены впустую потому, что пациентка цепляется за фантазию, дорефлективное убеждение в том, что насильник любил бы ее, если бы она не была «такой плохой». Вместе с тем в терапии бывают и «прорывы», когда, казалось бы, незначительное усилие терапевта вдруг приводит к резкому повышению уровня психической эффективности, что открывает пациенту возможность использовать высшие тенденции: переживание инсайта, появление новых, рефлективных идей; неожиданная интеграция диссоциированных частей личности. Одним словом, прогрессия порой бывает столь же стремительной, как и регрессия.

Регрессия и прогрессия влекут за собой качественные изменения перцептивно-моторных циклов. Эта идея не нова, она появилась еще в XIX веке. Под влиянием Бэйна (Bain, 1855) Джексон (Jackson, 1931/1932) предположил непрерывность сенсомоторной функции на всех уровнях нервной системы. Гипотеза многоуровневых перцептивно-моторных циклов поддерживается современным философским анализом (Hurley, 1998; см. главу 7) и психобиологическими исследованиями (Berthoz, 2000; Fuster, 2003). По-видимому, к био-

логическим коррелятам высокоуровневых циклов можно отнести нейронные сети, составными элементами которых являются высшие кортикальные структуры и функции, тогда как в сетях, связанных с низкоуровневыми циклами, преобладают подкорковые структуры. Таким образом, различия между ВНЛ и АЛ могут быть описаны через характеристики нейронных сетей, с которыми связана их активность. Данные современных исследований с применением методов нейровизуализации поддерживают эту гипотезу.

МОДУЛЬ 9.1

Регрессия и фиксация на низших тенденциях при травме: психобиологические данные

Данные психобиологических исследований ПТСР (Liberzon & Phan, 2003) и ПРЛ, связанного с травмой (Schmahl et al., 2003), подтверждает гипотезу о том, что психическая травма влечет с собой регрессию к перцептивно-моторным циклам очень низких уровней или фиксацию на них. Например, при прослушивании аудиозаписи с рассказом о пережитых личных травматических событиях, у пациентов регистрировали повышенную мозговую активность префронтальных отделов мозга (срединной префронтальной коры и передней части поясной извилины), участвующих в регуляции эмоций. Кроме того, предъявление скриптов, содержащих описание личного травматического события, было сопряжено с чрезмерной активацией миндалевидного тела (амигдалы) и островковой доли Рейля. Эти подкорковые области мозга опосредуют эмоциональные реакции на внутренние или внешние стимулы реальной или субъективно воспринимаемой угрозы, которые в той или иной степени остаются вне регистрации и контроля со стороны высших корковых структур.

Исследования реакций на предъявление скриптов, содержащих описание травматических событий, у женщин с диагнозом РДИ, вызванным психической травматизацией, показало, что реакции ВНЛ и АЛ этих пациенток были связаны с активацией разных нейронных сетей. АЛ в отличие от ВНЛ относились к этим рассказам как к личным воспоминаниям (Nijenhuis & Den Boer, 2006; Reinders et al., 2003, 2006). Корковая активация больше связана с ВНЛ, а подкорковая – с АЛ. В сравнении с ВНЛ, функционирование АЛ в меньшей степени связано с активностью срединной префронтальной коры и передней части поясной извилины, и в большей – с активностью островковой доли, соматосенсорной коры, хвостатого ядра и амигдалы. ВНЛ была связана с активностью большего числа мозговых структур, по сравнению с АЛ, в том числе теменной области (поле Бродмана [BA] 7/40) и затылочной ассоциативной (BA17/18) коры. Поскольку эти участки также сильно активированы у пациентов с расстройством деперсонализации (Simeon et al., 2000), Райндерс с соавт. (Reinders et al., 2003, 2007) предположили, что хотя ВНЛ в большей степени контролирует эмоциональные реакции на травматический скрипт, чем АЛ, однако в отличие от АЛ ВНЛ не может персонифицировать описываемые в нем травматические воспоминания (см.: Lou et al., 2004).

Эти данные согласуются с теорией структурной диссоциации личности. ВНЛ испытуемых исходили из дорефлективного убеждения, что травматический сценарий не имеет никакого отношения к тому, что произошло с ними. Они не осознавали переживания травматического события как личный опыт. У АЛ отсутствовала какая-либо презентификация в отношении травматического сценария, и у них возникали обусловленные защитные реакции низкого уровня при прослушивании аудиозаписей.

ИНТЕГРАЦИЯ ТЕНДЕНЦИЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СИСТЕМ

Существуют определенные отношения между тенденциями к действию и системами действий. Во-первых, та или иная тенденция может может принадлежать нескольким системам действий. Например, тенденция, направленная на достижение привлекательного стимула, может принадлежать системам регуляции энергии, привязанности, исследования и игры. Таким образом, разные диссоциативные части могут участвовать в тенденциях к действию, которые, на первый взгляд, идентичны, однако, по сути, преследуют достижение разных целей. Например, у пациента могут быть две АЛ, отказывающиеся принимать пищу. При этом для одной АЛ «сидеть за столом» означает подвергать себя опасности насилия, тогда как для другой, осведомленной в том, что голодание приводит к нарушению овуляторного цикла, отказ от еды связан с идеей предотвращения нежелательной беременности.

Другой аспект отношений между системами действий и тенденциями состоит в том, что в сферу каждой системы действий входят специфичные для данной системы тенденции. Таким образом, системам действий присущи врожденные связи между безусловными стимулами и реакциями. Например, к системе защиты относятся такие безусловные реакции, как реакции вздрагивания и оцепенения в ответ на внезапное воздействие внешнего стимула. Системе регуляции энергии принадлежит безусловный рефлекс слюноотделения у проголодавшегося человека в ответ на вид и запах еды. Диссоциативные части, опосредованные разными системами действий, могут по-разному реагировать на те или иные стимулы. Следствием этого может быть отсутствие взаимопонимания между диссоциативными частями. Кроме того, и посторонним людям, в том числе терапевтам трудно понять поведение человека, который демонстрирует разные, порой противоположные реакции, что сопровождается значительными изменениями уровня тенденций. С таким человеком трудно поддерживать контакт (например: «Вчера ей нравилось, когда я сказал, как хорошо она выглядит, а сегодня ее это пугает. Никогда не знаешь, как она поведет себя в следующий раз»). Переключения с одного уровня тенденций на другой могут присходить как внутри одной части, так и при переходе от одной диссоциативной части личности пациента к другой.

С точки зрения процессов развития тенденции и системы действий разделяют общий аспект, который заключается в интеграции разных тенденций и систем действий в нашей личности. Пока остается непонятным, как именно осуществляется эта интеграция, хотя на этот счет было выдвинуто несколько гипотез (Edelman & Tononi, 2000; Ellis & Toronchuk, 2005). Эти гипотезы основаны на идее, что высшие тенденции и интеграция систем действий возникает из тенденций и систем более низкого уровня, но не объясняется ими полностью. Каждый новый интегративный шаг предполагает новую форму самоорганизации. Нелинейные характер этих изменений может помочь пониманию скачкообразного характера продвижения вперед (прогрессии), в том числе в терапии.

Необходимы новые исследования для пополнения нашего знания о путях нормативной интеграции тенденций и систем действий в ходе развития, а также о влиянии детской травматизации на индивидуальное развитие. Важно также понять, почему некоторым людям удается решить задачу интеграции, несмотря на пережитое в детстве насилие или пренебрежение (то есть узнать больше о внутренних резервах устойчивости и роста). Главная идея, которая стимулирует исследовательский интерес в данном направлении, состоит в том, что основные цели в жизни могут быть достигнуты при условии интеграции нескольких тенденций и систем. Из представлений об иерархии тенденций к действию следует, что осуществление тенденции, относящейся к более высокому уровню, требует интеграции большего числа систем действий и более высокого уровня психической эффективности. Интеграция всего объема опыта детской травмы насилия и пренебрежения является чрезвычайно сложной тенденцией к действию.

РЕЗЮМЕ

Идея иерархии тенденций содержит систему отчета, благодаря которой мы можем оценить уровень тенденций, доступных для пациента, а также определить, тенденциями какого уровня пациент должен овладеть для того, чтобы преодолеть последствия психической травмы. На самых нижних уровнях иерархии расположены простейшие автоматические действия, которые обычно находятся в ведении одной-единственной поведенческой системы. На высших уровнях иерархии располагаются сложнейшие творческие тенденции к действию, исполнение которых вызывает интеграцию нескольких систем действий. Сложность синтеза, памяти, регуляции действий, чувства Я, чувства времени и *реализации* возрастает с повышением уровня иерархии и может рассматриваться с точки зрения сложности перцептивно-моторных циклов действия. Травматизация приводит к фиксации на чрезвычайно низких уровнях иерархии или к регрессии на эти уровни некоторых частей личности. Эти части функционируют на низком дорефлективном уровне тенденций, когда необходимая для достижения цели тенденция превосходит их уровень психической эффективности, физической и психической энергии. В терапии часто происходят внезапные и резкие регрессивные и прогрессивные скачки с одного уровня иерархии тенденций на другой.

ГЛАВА 10

Фобические явления на службе структурной диссоциации

> Стоило нам почувствовать только лишь приближение воспоминания [о Холокосте] или даже малой крупицы этих воспоминаний, как мы тут же изгоняли нависшую над нами тень, как изгоняют демонов.
>
> *Аарон Аппельфельд* (Appelfeld, 1994, p. 18)

Структурная диссоциация личности может быть адаптивной у людей, страдающих от последствий психической травмы, которым часто недостает психической энергии и эффективности для того, чтобы справиться с задачей интеграции травматического опыта и диссоциативных частей. Так как именно ВНЛ жертв травмы обладают самым высоким уровнем психической эфективности среди диссоциативных частей, то для успешной адаптации к условиям окружающей среды важно, чтобы ВНЛ избегали вторжения травматических воспоминаний, принадлежащих АЛ (или нескольким АЛ). Структурное разделение личности приобретает устойчивый характер в силу влияния ряда факторов. Таким образом, структурная диссоциация сохраняется, несмотря на возможное повышение психического уровня, взросление, улучшение социальной поддержки и отсутствие дальнейшей травматизации.

ФОБИЯ ДЕЙСТВИЯ

У людей, переживших травму, появляется фобия действий, имеющих отношение к травматическому опыту (Janet, 1903, 1922). Это означает, что эффективное завершение некоторых действий, которые как-то связаны с травматическим опытом, наталкивается на определенные трудности. Так происходит потому, что эти действия, например переживание определенных чувств или проявления сексуальности, вызывают сильные эмоции страха, отвращения, стыда и, соответсвенно, стремление избегать эти болезненные переживания. Фобии в отношении действий, связанных с травматическим опытом, сами по себе

представляют собой замещающие действия, которые поддерживают структурную диссоциацию, так как препятствуют осуществлению интегративных действий, направленных на (ре)интеграцию личности индивида. Эти фобии также блокируют поведенческие акты, благодаря которым могла бы повыситься способность к адаптации (и, соотвественно, уровень психической энергии и эффективности), например, отстаивание своих границ и позиции, разумный риск (Janet, 1904/1983, 1919/1925; Nijenhuis et al., 2002, 2004; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 1993).

Фобия травматических воспоминаний является основным препятствием на путях синтеза и *реализации* травматичсекого опыта (Janet, 1904/1983; Van der Hart et al., 1993). Довольно часто у людей, перенесших травму, развиваются и другие фобии по механизму генерализации научения, когда между воспроизведением воспоминаний о травме и другими психическими и поведенческими действиями формируются ассоциативные связи. Например, Марк стыдился чувства гнева, потому что он считал, что проявления гнева делают его похожим на жестокого человека, заставившего его страдать. Сэнди избегала контакта глаз, потому что это воскрешало воспоминания о чрезвычайно болезненных переживаниях неловкости, когда она становилась объектом насмешек в детстве. Таким образом, для этих пациентов даже спустя много лет после завершения травматических событий проявления гнева или контакт глаз оставались пугающими и постыдными и поэтому избегались. Избегание как последствие психической травмы распространяется на телесные ощущения, аффекты, мысли, желания, потребности, формы поведения, отношений в том случае, если между этими явлениями и травматическими воспоминаниями установлена ассоциативная связь. Поэтому, образно выражаясь, жертвы травмы «живут на поверхности сознания» (Appelfeld, 1994, p. 18).

По мере того, как процесс генерализации включает в сферу фобии травматических воспоминаний все новые и новые стимулы, усиливается избегание и, как следствие, происходит сужение поведенческого репертуара жертв травмы. Так, например, у них могут появиться фобии диссоциативных частей собственной личности, определенных ощущений, движений, эмоций, мыслей. Хроническое насилие и пренебрежение в детстве может стать причиной фобии привязанности и утраты привязанности в отношении жестокого или игнорирующего значимого взрослого, эта фобия посредством генерализации может распространятся и на другие межличностные отношения. Кроме того, в дополнение ко всем этим страхам у жертв травмы могут появиться фобии перемен и разумного риска.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ФОБИЙ, СВЯЗАННЫХ С ТРАВМОЙ

В формировании травматических фобий участвуют самые разные взаимосвязанные процессы и явления: классическое и оперантное научение в отношении стимулов, связанных с травмой, трудности интеграции разных систем дейст-

вий, которые постоянно подвержены активирующему воздействию условных и безусловных стимулов. Факторами, влияющими на появление этих фобий, также являются дезадаптивные тенденции к действию (как результат подражания неадекватному поведению людей, выступавших в роли моделей), нарушения регуляции диадических отношений, недостаток базовых эмоциональных навыков, а также рефлективности и других тенденций высшего порядка (Nijenhuis et al., 2004; Steele et al., 2005). Травматические фобии формируются также при участии глубоко укорененных ригидных психологических защит, дезадаптивных убеждений, возникших во время травматического переживания, дефицита социальной поддержки и межличностных отношений. Например, усилению фобии будет способствовать негативная когнитивная оценка травматического опыта, в том числе катастрофические изменения самооценки в негативную сторону. Часто бывает так, что человек, переживший психическую травму, считает себя сумасшедшим, грязным, слабым, глупым, или стыдится и избегает некоторых своих мыслей, чувств или потребностей. Наконец, существуют связанные с травмой нейробиологические факторы, которые, по всей видимости, поддерживают структурную диссоциацию. К этой группе факторов относятся: нарушение регуляции оси гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников, недостаточная интеграция разных компонентов ЦНС, низкая согласованность ЭЭГ, слабое префронтальное торможение «эмоционального мозга» АЛ, снижение объема гиппокампа и парагиппокампальной извилины (например: Bremner, 1999; Ehling et al., 2003; Kowal, 2005; Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis & Den Boer, 2007; Schore, 2003a; Vermetten et al., 2006).

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ФОБИИ И КЛАССИЧЕСКОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ

Многое в формировании и сохранении травматических фобий может быть понято с использованием основных положений теории научения: слабая связь с контекстом, классическое, оперантное, оценочное обусловливание, обучение через генерализацию. В литературе, посвященной ПТСР, очень часто можно встретить упоминание всех аспектов теории научения за исключением, пожалуй, оценочного обусловливания (Brewin & Holmes, 2003; Foa et al., 1992; Peri et al., 2000; Rau et al., 2005). Вместе с тем, несмотря на чрезвычайную важность теории научения для понимания травматических расстройств и разработки методов их лечения, эти идеи мало представлены в литературе по диссоциативным расстройствам.

В травматической фобии, как и в любой другой, можно выделить два основных компонента. Один компонент связан со *страхом или другими сильными негативными эмоциями* (*например, стыд, печаль*), *возникающими в силу механизмов классического обусловливания* в отношении ассоциативно связанных с травматическим опытом стимулов. К условным стимулам относятся *экс-*

тероцептивные стимулы*, которые некогда предшествовали травматизации (например: «Если мужчина смотрит на меня так-то и так-то [условный стимул], то он ударит меня [безусловный стимул]») или оказались в сильной ассоциативной связи с травматическим переживанием (например: «Запах лосьона после бритья [условный стимул] вызывает воспоминания об изнасиловании [безусловный стимул»]). К условным экстероцептивным стимулам относятся социальные стимулы, которые индивид ассоциативно связал с опытом насилия и отвержения в детстве. Например, выражение симпатии и расположения может восприниматься как прелюдия насилия. Важные *интероцептивные*** условные стимулы – это стимулы, связанные с синтезом и *реализацией* травматических воспоминаний (например: «Если бы я полностью осознал то, что произошло со мной, то я сошел бы с ума или покончил с собой»). Вторым компонентом травматической фобии является *обусловленные тенденции избегания и реакции бегства*. Условные стимулы, связанные с травмой, вызывают у жертв травмы поведение избегания и ухода от реальности, то есть поведенческие и ментальные действия, соответствующие более низкому уровню функционирования.

Классическое обусловливание

Классическое обусловливание (Pavlov, 1927; Rescorla, 1998, 2003) является неотъемлемым аспектом травматизации (Shalev et al., 1992; Van der Kolk, 1994). Эта базисная форма ассоциативного научения приобретает особое значение, когда мы переживаем стрессовые события. Обстоятельства событий, вызывающих дистресс, являются безусловными негативными стимулами, которые характеризуются повторяемостью и высокой интенсивностью (Brewin et al., 2000), они происходят непредсказуемо и вне сознательного контроля индивида (Bolstad & Zinbarg, 1997; Buckley et al., 1998).

Условными стимулами, относящимися к травме, становятся те, что непосредственно предшествовали или оказались тесно связанными с безусловными стимулами травматической ситуации. В целом некоторые стимулы с большей вероятностью приобретают характер условных, чем другие. Классическое обусловливание зависит от интенсивности (представленности) стимула, а также от степени вероятности того, что вслед за условным стимулом последует безусловный. Кроме того, биологически мы в большей степени предрасположены к процессам обсулавливания в отношении негативных стимулов, так как это имеет большое значение для выживания вида (Garcia et al., 1984; Mineka

---

* Экстероцептивными являются стимулы, которые субъект определяет как принадлежащие внешнему миру.

** Интероцепция обычно определяется как чувствительность к стимулам, исходящим из тела. Принимая во внимание фундаментальное единство психики и тела, мы расширяем содержание этого понятия и относим к интероцептивным стимулам не только воспринимаемые ощущения и движения, но и ментальные действия, данные в восприятии, а также переживания, вызванные ими.

& Öhman, 2002). Например, выражение гнева на лице другого человека обычно вызывает у нас настороженность, так как это может быть чревато для нас неприятными последствиями. Поэтому у индивида, который в детстве систематически подвергался насилию (совокупность безусловных стимулов) со стороны человека, у которого часто бывало гневливое выражение лица (условный стимул для жертвы в ситуации насилия), мы можем обнаружить склонность к формированию классически обусловленного страха людей с выражением гнева на лице. Жестокое обращение в детском возрасте связано с множеством эволюционно закрепленных реакций на стимулы, так как ребенок должен решать задачу выживания, поэтому механизмы классического обусловливания приобретают в данном случае особое значение.

Однако реакции классического обусловливания могут формироваться и в ответ на стимулы, которые в ходе эволюции не приобрели статуса значимых для выживания. Так, Анна, 37-летняя женщина с диагнозом НДР, панически боялась садиться в черные машины. Начало этого страха относилось к ситуации, когда в детстве сосед затолкал ее в черную машину и изнасиловал. Впоследствии нейтральный стимул «черная машина» стал для Анны условным травматическим стимулом.

Для клинициста важно различать условные стимулы, которые непосредственно *предшествовали* появлению негативного безусловного стимула (играли роль сигнала) в травматической ситуации, и условные стимулы, которые оказались *в ассоциативной связи* с безусловным стимулом. Стимулы-сигналы «предупреждают», что это может случиться снова. Стимулы, связанные с травматическим опытом, напоминают о происшедшем.

> В детстве Нелл подвергалась физическому насилию. Если кто-то в ее присутствии вдруг поднимал руку, она резко пригибалась и закрывала голову руками. В большинстве случаев поднятая рука является нейтральным стимулом. Однако для Нелл этот жест приобрел значение стимула, который *предшествовал* избиению. Ее опыт подсказывал ей: «Внезапно поднятая рука означает, что меня сейчас начнут избивать». Нейтральный стимул также может быть *ассоциативно связанным* с травматическим событием, приобретая статус условного стимула. Так, вид и запах салата из яиц вызывал у Нелл приступы тошноты и панику. В возрасте восьми лет ее жестоко избили во время ланча, когда она ела салат из яиц. Насильник запихнул салат глубоко ей в горло, так что она едва не задохнулась. Салат из яиц не предшествовал насилию, но стал условным стимулом, который мгновенно вызвал воспоминания о побоях.

Когда в ходе терапии пациенты испытывают воздействие условных стимулов, играющих роль *сигналов* травмы (например, поднятая рука), но при этом, за сигнальным стимулом не следует ожидаемое травматическое событие (например, избиение), то происходит акт научения пациента тому, что в настоя-

щем данный условный стимул не всегда предшествует безусловному стимулу (то есть реальной угрозе). Таким образом, пациенты учатся тому, что далеко не всегда в настоящем есть необходимость в активации привычных для них обусловленных защитных реакций. Другими словами, рефлексивные реакции этих пациентов приобретают статус тенденций к действию более высокого порядка, для которых свойственна рефлективность и презентификация (связь с контекстом актуальной ситуации): «Этот человек поднимает руку, чтобы этим жестом выразить что-то, он не собирается ударить меня». Все разновидности метода экспозиционной терапии* основаны на идее научения тому, что в актуальных ситуациях настоящего условный стимул не является предшественником или сигналом безусловного стимула опасности, как это было в прошлом. Однако терапевтическое воздействие стимулами, которые *имеют отношение* к травматическому опыту или напоминают о нем, не меняет значения стимулов. Поэтому жертва травмы скорее нуждается в контробусловливании, которое также изменило бы и смысл условного стимула, ассоциативно связанного с травматическим стимулом. Например, Нелл предстояло через научение создать новые связи со стимулом «салат», так чтобы в настоящем этот стимул ассоциировался с такими позитивными стимулами, как «надежный партнер» и «удовольствие от совместной трапезы» с другим человеком.

Классическое обусловливание и интероцептивные стимулы

Классический условный стимул в примерах, приведенных выше (поднятая рука, запах и вид салата), является экстероцептивным стимулом. Однако классическое обусловливание может также происходить и в отношении интероцептивных стимулов (Goldstein & Chambless, 1978; Nijenhuis et al., 2002). *Классическое обусловливание в отношении интероцептивных стимулов играет ключевую роль в поддержании структурной диссоциации.* Этот вид обусловливания происходит главным образом в ситуации, когда ВНЛ индивида, страдающего от последствий травмы, атакована вторгающимися травматическими воспоминаниями. Такое вторжение, которое для ВНЛ часто является дезориентирующим, угнетающим и эго-дистонным переживанием (Van der Hart & Steele, 1999), связано с тремя основными сериями действий. Во-первых, АЛ повторно проживает травматический опыт (одна последовательность ментальных действий). Во-вторых, ВНЛ осуществляет, хотя и на минимальном уровне, синтез определенных аспектов травматического опыта АЛ

* Экспозиционная терапия (exposure therapy), или терапия воздействием релевантными травме стимулами. Данный метод психотерапии развивается в рамках когнитивно-бихевиорального подхода и предназначен в основном для работы с пациентами, страдающими от тревожных расстройств (DSM-IV), в том числе ПТСР. Эдна Фоа, американский врач-психиатр, психтерапевт, внесла значительный вклад в разработку этого метода, его теоретической модели и эмпирических исследований его эффективности. – *Прим. науч. ред.*

(то есть осознает их). Это влечет за собой другую последовательность действий, без которых для ВНЛ было бы невозможно переживание травматических воспоминаний (или их части). Однако завершение синтеза травматических воспоминаний и их *реализация* невозможны для ВНЛ. Неудача осуществления интегративных действий влечет за собой ментальное действие бегства ВНЛ. Таким образом, на третьем этапе ВНЛ предпринимает ментальное действие бегства от болезненных травматических воспоминаний и связанной с ними АЛ. Так как травматические воспоминания представляют собой мощные сенсомоторные и аффективные репрезентации травматического опыта, *травматические воспоминания играют роль безусловного стимула как для ВНЛ, так и для АЛ.*

АЛ фиксированы на травматических воспоминаниях, поэтому у них нет возможности для маневра избегания или блокирования этих воспоминаний барьером амнезии. Однако ВНЛ обладают возможностями для маневров избегания в отношении травматичсеких воспоминаний, так как обладают достаточным психическим уровнем, а их активность управляется системами действий повседневной жизни, которые могут оттормаживать действия защитных систем. Действия ВНЛ, направленные на избегание могут стать условными реакциями на сильные стимулы, ассоциативно связанные с травматическими воспоминаниями или сигнализирующие о неотвратимом их вторжении. Эти стимулы становятся для ВНЛ условными интроцептивными стимулами. Например, ВНЛ жертвы травмы может заметить, что вторжениям травматических воспоминаний предшествует нарастание тревоги. Нарастание тревоги становится условным сигналом, побуждающим ВНЛ избегать этой эмоции (например, при помощи погружения в работу или алкоголя).

Итак, *если ВНЛ не обладает достаточным уровнем психической эффективности для интеграции травматических воспоминаний, принадлежащих АЛ, то их вторжение в ВНЛ функционально эквивалентно переживанию исходного травматического события. В этом случае для индивида, пережившего травму, воздействие интероцептивных стимулов, ассоциативно связанных с вторжениями травматического опыта, играет роль фактора психической травматизации, что приводит к усилению структурной диссоциации.* Таким образом, согласно теории структурной диссоциации, повторные неуправляемые проживания травматического опыта приводят к углублению разделения между ВНЛ и АЛ. По мере того как вторжения травматического опыта в ВНЛ происходят вновь и вновь, в круг условных связанных с травмой стимулов включается все больше и больше интероцептивных стимулов. Так, например, у ВНЛ может появиться реакция страха и избегания на звуки плача АЛ, на ощущение увеличения частоты сердечных сокращений у АЛ или на образ злоумышленника, если эти стимулы сигнализируют о вторжении травматических воспоминаний или их сопровождают. У ВНЛ может сформироваться страх АЛ как таковой, а также стимулов, которые сигнализируют об АЛ или связаны с ней ассоциативно.

ВНЛ научается избегать вторжений АЛ, причем это происходит не только на уровне сознания, но включает и предсознательные процессы. Так, осуществив в предсознании синтез, необходимый для определения условного стимула, сигнализирующего о приближении вторжения травматического опыта, ВНЛ немедленно предпринимает маневр избегания через торможение дальнейшего синтеза (например, понижая или сужая сознание). Исследования показывают, что ВНЛ индивида, пережившего психическую травму, может блокировать дальнейший синтез травматических воспоминаний уже на ранней стадии переработки травматического опыта (см. глава 9; Hermans et al., 2006; Reinders et al., 2003, 2006). Так, у ВНЛ жертв травмы, как правило, отсутствует персонификация травматических воспоминаний, при этом они не осознают, что они сами создают этот дефицит торможением, которое исходит от них самих. Они просто говорят, что не чувствуют «эти воспоминания своими». Как писал Аппельфельд о самом себе и других жертвах Холокоста: «Мы говорили о том, что мы сами лично переживали в недавнем прошлом как сторонние наблюдатели, как о чем-то, что было не с нами» (Appelfeld, 1994, p. 18).

Изменчивость реакций на классические условные стимулы

Реакция жертвы травмы на условный стимул бывает разной. Она может быть тождественна защитному действию в исходной травматической ситуации, а может и отличаться от него. Воздействие условного стимула угрозы активирует защитную систему в целом, а не отдельную ее подсистему (например, бегства) или конкретный образ действия (например, забиться в угол). Это связано с тем, что во многих случаях классического обусловливания условный стимул (например, мужчина, говорящий: «Давай, поиграем немножко») активирует воспоминания о безусловном стимуле, принадлежащем прошлой психотравмирующей ситуации (например, детское сексуальное насилие). Появление такого воспоминания реактивирует защитную систему, однако из всех возможных будет осознанно или неосознанно выбран такой способ реагирования (например, самозащита взрослого человека), который лучшим образом учитывает восприятие индивидом реалий настоящего (например, осознание теперешней своей физической силы). Поэтому *условная реакция не будет точной копией безусловной.* Так, напрмер, когда Анна была подростком, то она подчинилась напавшему на нее мужчине и отказалась от сопротивления, когда тот заталкивал ее на заднее сиденье своей машины для того, чтобы изнасиловать ее там. Ее реакцией в исходной травматической ситуации была покорность. Однако, когда она стала взрослой, ее реакции на условные стимулы исходной травматичсекой ситуации изменились. Однажды она нуждалась в госпитализации по поводу эпизода диссоциативного психоза, и за ней приехало такси для того, чтобы доставить ее в больницу, – машина черного цвета, то есть условный стимул в ее исходной травматической ситу-

ации. Анна яростно сопротивлялась, вступив в схватку с двумя мужчинами, не желая оказаться внутри этой машины. Таким образом, реакцией взрослой Анны была борьба, а не подчинение, и все же, эта реакция исходила от реактивированной защитной системы.

В целом классическое обусловливание служит целям адаптации. Например, мы можем лучше приспособиться к тому, что происходит вокруг нас, когда знаем, что одно событие (условный стимул) предвосхищает другое (безусловный стимул). Это помогает нам более быстро находить привлекательные безусловные стимулы и эффективнее избегать отталкивающих. Кроме того, благодаря обусловливанию наши реакции становятся более вариативными и гибкими. Это также способствует адаптации, поскольку реальная опасная ситуация в настоящем может отличаться от психотравмирующей ситуации прошлого. Например, пути отхода, которыми мы успешно воспользовались в прошлый раз, могут быть заблокированы в данный момент, поэтому мы можем столкнуться с необходимостью найти другой вариант исполнения действия, которое, по сути, также будет бегством.

Наряду с этим мы должны помнить, что связи между условным и безусловным стимулом не абсолютны, одно не обязательно и не всегда следует после другого, поэтому необходимо *учитывать контекст,* в котором появляется условный стимул (Bouton, 2004; Bouton et al., 2006). Однако жертвам психической травмы как раз и не достает понимания контекста. Поэтому в ответ на условный стимул угрозы они все так же, как и в прошлой психотравмирующей ситуации, выберут действия защитной системы, а не каких-либо других систем действий, активация которых, возможно, была бы гораздо более уместной в контексте реальной ситуации настоящего.

ФОБИИ И ОПЕРАНТНОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ

Реакции на (условные) стимулы могут также находиться под влиянием оперантного обусловливания (Skinner, 1988). Согласно идее классического обусловливания, действие разворачивается под влиянием стимула, который ему *предшествовал* (так, выражение злости на лице предвещает насилие). Однако, согласно концепции оперантного обусловливания, научение основано на *последствиях* действий. Например, когда терапевт применяет в своей работе новую интервенцию и получает прекрасный результат, он начинает применять ее все чаще и чаще, когда это, кончено, уместно. Последствия применения удачной интервенции могут быть рассмотрены как подкрепление. Если ребенка бьют за то, что он плачет, то в результате такого обучения он перестанет плакать. В данном случае следствием плача будет наказание, а прекращение плача – избегание наказания.

Существуют разные виды «усилителей» действий: позитивное усиление (подкрепление), негативное подкрепление, наказание и фрустрация отсутствия подкрепления (то есть индивид не получает ожидаемого поощрения).

Остановимся на негативном подкреплении, так как оно играет важную роль при фобическом избегании. *Негативное подкрепление* приводит к усилению какого-то поведения потому, что данное поведение связано либо с блокированием воздействия неприятных или отталкивающих стимулов, либо с удалением этих стимулов. Интероцептивные стимулы (связанные с травмой эмоции, ощущения, образы, мысли и пр.), вызванные условными стимулами («триггерами»), являются сильными негативными стимулами для индивида, пережившего психическую травму, поэтому он стремится их избежать. Например, в результате научения с негативным подкреплением у жертвы травмы формируется тенденция к более частой активации некоторых особых действий (например, погружение в работу, прострация, избегание мыслей о прошлом), которые блокируют или снижают интенсивность болезненных чувств или воспоминаний. Стратегии избегания и ухода систематически получают у жертв травмы негативное подкрепление, поэтому постепенно закрепляются в поведении и используются все чаще и чаще.

Негативно подкрепляемые действия – обычное явление у людей, переживших травму. Например, в результате запугивания жертва научается молчать о фактах насилия; в других случаях жертва травмы обучается тому, чтобы угождать другим людям, так как это позволяет избежать боль или отвержение. Эти тенденции являются очень устойчивыми, и их сложно преодолевать. Они приводят к тому, что индивид, переживший травму, сталкивается с серьезными трудностями в том, чтобы рассказать терапевту о травматических событиях прошлого, или с тем, чтобы настоять на своем, даже когда это необходимо. Негативное подкрепление может также сыграть свою роль в том, что жертва травмы принимает как истинные негативные высказывания насильника в свой адрес (например, слова о сумасшествии, мерзости, вине жертвы). Осознание ложности этих утверждений может оказаться для ребенка, который продолжает жить с насильником, даже более болезненным, чем бездумное согласие с мнимой правотой насильника. Кроме того, ребенок может сохранять привязанность к жестокому или игнорирующему его значимому взрослому, так как чувство привязанности спасает от полноты мучительного осознания злого умысла, которому следовал и следует близкий человек. Иногда боль отвержения для ребенка является гораздо большим злом, чем сохранение привязанности к жестокому значимому взрослому.

Попытки ВНЛ избежать синтеза и *реализации* травматических воспоминаний могут также *вознаграждаться* (то есть получать *позитивное подкрепление)*, что ведет к усилению и увеличению частоты этих попыток. Например, избегание обычно получает социальное подкрепление: «Жизнь продолжается! Брось заниматься ерундой, забудь все, что было, и двигайся вперед, не оглядываясь! Только так ты поможешь себе преодолеть прошлое и почувствуешь себя лучше». Повторяющееся социальное подкрепление такого типа усиливает избегание травматических воспоминаний и формирует у человека, страдающего от последствий травмы, представление о том, что для любого че-

ловека является зазорным и неправильным иметь в своем багаже серьезные незавершенные дела. Это приводит к усилению ложных дорефлективных убеждений.

Избегание и уход как реакция на субъективно опасную ситуацию

Избегание связанных с травмой стимулов у жертв травмы может происходить и на поведенческом уровне. Например, Нелл исключила из своего меню салат из яиц, так как когда-то ее избили как раз в тот момент, когда она ела такой салат. Ей становилось дурно от одного его вида. К подобным поведенческим реакциям избегания относятся также избегание близости, сексуальных отношений, межличностных конфликтов, душевых или ванных комнат, взгляда и прикосновений к телу, мест, где произошло насилие, а также терапии.

Избегание или уход может распространяться и на собственные пугающие ментальные действия. Например, причинение вреда самому себе дает временное облегчение от страданий, связанных с травматическими воспоминаниями, так как при самоповреждении происходит выброс эндогенных опиоидов, которые временно блокируют реактивацию мучительных воспоминаний (Sandman et al., 1990). Люди страдающие от травмы, также часто прибегают к алкоголю или наркотикам, затуманивающим сознание (Southwick et al., 1994), или погружаться в дела и заботы, чтобы предотвратить появление мыслей и чувств или блокировать их.

Жертвы травмы могут также прибегать к *психическому избеганию или уходу* от воспринимаемой опасности. Мы уже упоминали о сознательном или предсознательном избегании интеграции травматических воспоминаний, диссоциативных частей и других связанных с травмой действий. Так, ВНЛ может вполне отдавать себе отчет в своих попытках избежать травматических воспоминаний: «*Стоило нам почувствовать только лишь приближение воспоминания* [*о Холокосте*] *или даже малой крупицы этих воспоминаний, как мы тут же изгоняли нависшую над нами тень, как изгоняют демонов*» (Appelfeld, 1994, p. 18; курсив авторов). К действиям избегания, которое осуществляется за счет *снижения уровня сознания,* относятся головокружение, рассеянность, спутанность, когнитивные нарушения (fogginess) или деперсонализация. В качестве подмены интеграции индивид также может прибегать к действиям, связанным с *сужением поля сознания,* к которым, например, относятся навязчивая сосредоточенность на рутине повседневной жизни, нескончаемые остроты по любому поводу, безостановочная болтливость или фиксация на негативных эмоциях (таких как стыд), воспринимающихся как менее опасные эмоции (по сравнению, например, с гневом). Снижение и сужение сознания, служащие избеганию, мы называем *фобическими изменениями сознания.*

Крайней степенью фобического изменения сознания является полная деактивация диссоциативной части при воздействии на индивида стимулов, которые эта часть не может или не хочет интегрировать. Это замещающее дейст-

вие предполагает психогенную утрату сознания, когда пациент полностью перестает воспринимать что-либо, или диссоциативное переключение, когда другая часть берет контроль над сознанием и активностью вовне.

Еще одной важной разновидностью связанного с обуславливанием действием ухода и избегания является обесценивание важного стимула. Например, ВНЛ, восприятию которой вдруг стал доступен внутренний плач АЛ, уверяет себя и терапевта, что все это не более чем пустяки и не заслуживает внимания.

Оценка контекста и генерализованное научение

Если условный стимул предупреждает о *реальной* опасности, то усилия по поиску безопасности, любых способов устранить угрозу или, по крайней мере, снизить ее уровень, будут адаптивными. Однако эти действия становятся дезадаптивными, когда восприятие опасности является ложным. Не всегда условный стимул вызывает обусловленную реакцию. Однако жертвы травмы часто демонстируют особенную склонность к автоматическим реакциям на стимулы, связанным с их травматическим опытом и не учитывающим нюансы новых обстоятельств. Между тем адаптация требует *оценки контекста,* способности различения нюансов разных ситуаций и выбора уместных в данных обстоятельствах действий (Bouton, 2004; Bouton et al., 2006). Для этого необходим более высокий уровень тенденций к действию, чем рефлекторное реагирование. Однако в любой ситуации индивид, страдающий от последствий травмы, будет механистически следовать неосознаваемому убеждению и имплицитному правилу, например: «Если человек так смотрит на меня, то он собирается напасть на меня». Нарушение способности правильно определять контекст отчасти связано с тем, что восприятие АЛ формируется под влиянием защитной системы действий. К тому же ВНЛ недооценивает возможность интеграции травматических воспоминаний и связанных с ними АЛ при условии повышения психического уровня ВНЛ и получения социальной поддержки.

Формирование травматических фобий происходит за счет *генерализованного обучения.* Пациенты научаются одинаково реагировать на стимулы, которые в той или иной степени схожи со стимулом, который был представлен в исходной травматической ситуации. Анна подверглась сексуальному насилию в старой черной машине, у которой не было колес, однако в силу процесса генерализации она стала испытывать страх при виде любой машины черного цвета. Генерализация может также охватывать и сферу межличностных отношений. Например, Маргарет боялась всех мужчин, у Бретта начиналась паника, когда его целовала женщина, Сэнди сгорала от стыда, если кто-то ее обнимал.

Когда точное восприятие индивида реальности нарушено и многие стимулы вызывают у него неадекватные реакции, его жизнь в настоящем становится крайне сложной. В этом случае отсуствует необходимая презентификация. Как говорилось ранее, презентификация предполагает точную оценку настоящего, прошлого и будущего и их взаимосвязей, при этом настоящему присвоен статус наибольшей реалистичности. Избегание и сильный страх пе-

ред травматическими воспоминаниями, диссоциативными частями, другими действиями, как-то связанными с травматическим опытом, делает адекватную оценку настоящего очень трудной. Вместо оценки контекста настоящего пациент сужает свое поле сознания, ограничивая его круг событиями прошлого, в котором ему не удалось интегрировать свой травматический опыт.

Оценочное обусловливание

Оценочное обусловливание – это неосознаваемое автоматическое перенесение (и закрепление) эмоционального отношения с одного стимула на другой. Перенесение эмоционального отношения к стимулу, который вызывает у нас либо отторжение, либо привлекает нас, на нейтральный происходит в тот момент, когда эти два стимула воздействуют на нас одновременно (Baeyens et al., 1993). Нейтральный стимул может обрести *собственную* эмоциональную окраску уже после единичного совпадения с привлекательным (или отталкивающим) стимулом. Например, переживание сексуальных чувств может стать невыносимым для тех, кто подвергся сексуальному насилию и при этом испытал сексуальное возбуждение.

Оценочное обусловливание мало изучено в контексте проблемы психической травмы, однако его влияние при травматизации значительно и, если клиницисту не удается вовремя его распознать, то терапия может зайти в тупик. Именно идея оценочного обуславливания позволяет нам объяснить, почему у человека, ставшего в детстве жертвой насилия и пренебрежения, формируется ненависть к самому себе. При жестоком обращении негативная оценка переносится на собственное Я и жертва начинает испытывать соответствующие чувства в отношении самого себя («Я плохой»). Например, у жертв изнасилования устанавливаются ассоциации между страхом, отвращением, стыдом, испытанными при сексуальном насилии, с одной стороны, и ощущением прикосновения, запахом тела, звуками, сопровождающими сексуальные действия, своим собственным телом («Мое тело отвратительное»), физическими реакциями, сексом в целом и даже представлением о себе как о человеке («Я грязная, омерзительная») – с другой. У жертв сексуального насилия даже может развиться ненависть к своему полу («Девочки отвратительные и слабые»).

Механизм оценочного обусловливания иногда действует и в отношении некоторых диссоциативных частей. У одной диссоциативной части может сформироваться неприязнь в отношении другой, поскольку та оказалась связана с негативным стимулом. Так, когда некий *аспект* травматического опыта связан со стыдом, у ВНЛ может появиться реакция стыда или презрения к АЛ, которая принимала участие в соответствующем аспекте травматического события. Например, дневной ребенок (ВНЛ) Мэрилин ван Дербур ненавидела ее ночного ребенка (АЛ), ассоциировавшегося с сексуальным насилием: «Я ненавидела, презирала, обвиняла ее» (Marilyn Van Derbur, 2004, p. 191). Стыд (одна из доминирующих эмоций у людей с историей травматизации) может быть рассмотрен как итог оценочного обусловливания в отношении

самого себя. Несмотря на то, что стыд часто не выражается открыто, остается как бы завуалированным, все же эта эмоция всегда присутствует в жизни жертв травмы, придавая их переживаниям особый оттенок. Однако стыд усиливает страх и гнев, смешивается с этими чувствами и остается незаметным. Вместе с тем стыд может оказать тормозящее влияние на другие ментальные действия аффективного характера, особенно на те, которые относятся к сфере межличностных отношений (Nathanson, 1987; Tomkins, 1963), например, радость, сексуальные чувства, злость, грусть, боль. Таким образом, одна негативная эмоция препятствует интеграции других эмоций.

Оценочное обусловливание может касаться не только негативных чувств, но и позитивных. Например, человек, перенесший травму, может образовать связь между положительным опытом близких отношений и сексуальной активностью, что позже станет основой формирования промискуитетного поведения, когда постоянные поиски сексуальных отношений становятся дезадаптивным способом достижения близости. В других случаях травматическое переживание соединяет вместе чувства контроля и силы с агрессией или даже садизмом, в результате жертва травмы сама становится агрессором.

Негативная оценка, вызванная обуславливанием, вносит вклад в поддержание структурной диссоциации. Например, АЛ, которая привычно прибегает к защитному маневру покорности, будет бояться и избегать борющуюся АЛ, которая, в свою очередь, ненавидит, оскорбляет и вредит подчиняющейся АЛ. Эти неоправданно жесткие, но объяснимые чувства и идеи трудно изменить, так как затухание не свойственно для оценочного обусловливания, оно не поддается приемам коррекции ложных убеждений и оценок (Baeyens et al., 1989). Негативную оценку не изменят также и воздействие обусловленными стимулами, и инсайт. Так, недостаточно, чтобы борющаяся АЛ встретилась с подчиняющейся АЛ. Эффективная терапия предполагает контробусловливание. Например, при помощи терапевта борющаяся АЛ устанавливает связь между подчиняющейся АЛ (негативно оцениваемый стимул) и осознанием того, что покорность помогла выжить в травматической ситуации (позитивно оценивающийся стимул). Таким образом, борющаяся АЛ в конечном счете учится относиться с сочувствием и признательностью к ранее презираемой подчиняющейся АЛ. Однако и та АЛ, которая реагировала покорностью на угрозу при исходном травматическом переживании, тоже учится проявлять эмпатию и признание в отношении борющейся АЛ. Таким образом, в терапии жертвы травмы обучаются принимать все аспекты своей диссоциированной личности: мысли, чувства и желания разных частей.

Следует заметить, однако, что диссоциативные части, которые в основном следуют паттерну борьбы, проявляют довольно выраженную резистентность к интервенциям, направленным на корректировку убеждений, поэтому возникает необходимость повтора этих интервенций. Тот же процесс проходят

подчиняющиеся АЛ, которые должны признать пользу, которую приносят борющиеся АЛ. Важно оказывать пациентам поддержку в принятии всех аспектов их Я: мыслей, чувств, желаний и диссоциативных частей.

ФОБИИ СТИМУЛОВ И ДЕЙСТВИЙ, СВЯЗАННЫХ С ТРАВМОЙ

Для описания механизмов травматических фобий наиболее важными являются концепции классического, оперантного и оценочного обусловливания, а также понимание влияния фактора недостаточного учета контекста. Так как эти фобии играют существенную роль в поддержании структурной диссоциации, то решение задачи преодоления структурной диссоциации личности требует навыков распознания этих фобий и терапевтической работы с ними.

Фобия травматических воспоминаний

Эрих Мария Ремарк, ветеран Первой мировой войны, так писал о своем опыте участия в боевых действиях: «Для меня слишком опасно облекать это в слова». Он опасался, что может утратить контроль над происходящим, если станет вспоминать: «Я боюсь, что они разрастутся до гигантских размеров, и я уже не смогу с ними справиться» (Remarque, 1929/1982, p. 165). Ментальное действие воспоминания «опасно» (то есть превосходит возможности внутренней регуляции индивида) для жертвы травмы в том случае, если психический уровень недостаточен для интеграции воспоминания, если недостает социальной поддержки, а также при сохраняющейся угрозе. Однако если контекст внешней и внутренней ситуации меняется, появляется возможность постепенной интеграции травматических воспоминаний и их преобразования в автобиографические нарративные (эпизодические) воспоминания. Сложная работа, направленная на снижение статуса реального в отношении травматического прошлого, является центральным элементом второй фазы терапии (глава 16). Мы говорим о фобии травматических воспоминаний в том случае, если индивид схораняет дорефлективное убеждение в том, что травматические воспоминания сами по себе опасны, а их воспроизведение приводит к утрате контроля (Janet, 1904/1983b, 1919/1925; Van der Hart et al., 1993). Эта фобия является основной фобией ментальных действий у людей, переживших травму.

Фобия ментальных действий, связанных с травмой

Фобия ментальных действий, связанных с травмой, вырастает из центральной фобии – травматических воспоминаний, и состоит в том, что индивид испытывает, страх, отвращение или стыд в отношении ментальных действий, связанных с травматическими воспоминаниями. При фобии ментальных действий страх и избегание проявляются в отношении ощущений, чувств, рефлексии. Развитию фобии способствует обсуловленное негативное оценивание ментальных действий и их продуктов. Примеры того, как создаются негативные убеждения: «Дядя сказал, что я кусок дерьма, значит, так оно

и есть», «Когда я был ребенком, мои потребности отвергались, значит, иметь какие-либо собственные потребности плохо», «Когда надо мной совершали сексуальное насилие, я чувствовала сексуальное возбуждение, значит, сексуальные чувства отвратительны». Ярлык «плохого» или «ужасного», который получают пережитые когда-то сильные чувства, телесные ощущения или потребности и желания, может переноситься и на другие переживания по механизму генерализованного научения.

Постепенное преодоление фобии вызванных травмой ментальных действий является предпосылкой преодоления центральной фобии травматических воспоминаний, что часто недооценивается в терапевтической работе с травматическими воспоминаниями.

Фобия диссоциативных частей личности

Особой разновидностью фобии ментальных действий, связанных с травмой, является *фобия диссоциативных частей личности* (Nijenhuis, 1994; Nijenhuis & Van der Hart, 1999a). Страх, гнев, отвращение или стыд, которые одна часть испытывает в отношении другой, сильно варьируют. Так, у АЛ, получающей поддержку заботящейся ВНЛ, будет значительно меньше избегания в отношении этой ВНЛ, чем в отношении других диссоциативных частей. Однако иногда бывает так, что некоторое позитивное и конструктуивное взаимодействие устанавливается между разными диссоциативными частями еще до того, как пациент начинает терапию. Например, две ВНЛ могут сотрудничать в решении задач повседневной жизни. При прочих равных условиях интеграция диссоциативных частей, между которыми установились отношения сотрудничества и взаимопонимания, будет легче по сравнению с интеграцией частей, которые не помогают и не симпатизируют друг другу.

Однако чаще всего диссоциативные части боятся, презирают, не понимают друг друга. Автоматическое выражение чувств и идей в ходе взаимодействия между ними замыкает круг негативной обратной связи, постоянная активация которого приводит к посттравматическому истощению.

> Салли (пациентка с диагнозом НДР) училась в аспирантуре, и всякий раз, когда она пыталась написать очередную статью, посвященную результатом ее исследований, у нее внутри начинал звучать голос, который критиковал ее и называл «глупой». Этот голос принадлежал АЛ, которая втайне боялась неудачи (фобия разумного риска), поэтому саботировала деятельность ВНЛ, трудившуюся над диссертицией. Обычно в таких случаях ВНЛ Салли напивалась, чтобы заглушить этот голос. Это было замещающим дорефлективным действием в ответ на появление голоса, который приобрел значение интероцептивного стимула, сигнализировал о безжалостной критике и был связан с ней. Опьянев, ВНЛ Салли не могла завершить работу. Тогда пугающий голос, исполненный презрения и разъяренный неудачей, возвращался и с новой силой обрушивался на ВНЛ Салли, вы-

зывая у этой части ее личности сильное чувство стыда. Чем больше ВНЛ подвергалась внутренним атакам этого голоса, тем более депрессивной и ничтожной она себя ощущала. Для того, чтобы избежать этих чувств, она продолжала пить, что приводило к еще большему осуждению со стороны АЛ. В итоге Салли была госпитализирована в связи с алкоголизмом и попытками суицида.

Болезненные травматические воспоминания АЛ не могут быть разрешены до тех пор, пока ВНЛ продолжает упорствовать в своем избегании. Хроническая реактивация негативных переживаний только усиливает их. Некоторые авторы называют это явление *растопкой*[*] (McFarlane et al., 2002). Таким образом, чем в большей степени АЛ подвержена влиянию условных стимулов, реактивирующих принадлежащие ей травматические воспоминания, тем интенсивнее будут ее эмоциональные реакции. Чем больше негативных эмоций испытывает АЛ, тем сильнее становится избегание и презрение, направленные на эту АЛ со стороны ВНЛ. При этом, чем больше дистанция между ВНЛ и АЛ, тем сильнее фиксация АЛ на *травматическом прошлом,* тем больше ее одолевают чувства страха, одиночества или гнева. Одним словом, взаимодействие таких ВНЛ и АЛ оказывается чрезвычайно негативным, поэтому они стараются как можно больше отдалиться друг от друга, прибегая к стратегиям избегания или блокирования ментальных действий. Спираль избегания и сенсибилизации мешает презентификации как ВНЛ, так и АЛ, и поддерживает структурную диссоциацию личности.

При третичной диссоциации личности в отношениях между некоторыми ВНЛ может доминировать не страх, а презрение и высокомерие. Например, работающая ВНЛ может презирать заботящуюся ВНЛ, проявляющую чувства и поэтому отвлекающую первую от деятельности в рамках ее сферы компетентности, то есть от работы. Погружение в работу помогает этой части избегать чувств, потребностей в общении и травматических воспоминаний. Таким образом, в основе презрительного отношения работающей ВНЛ к другой ВНЛ лежит избегание пугающих чувств, что свидетельствует о наличии у работающей ВНЛ фобии некоторых ментальных действий. Это один из множества возможных примеров того, как разные травматические фобии могут быть переплетены между собой.

Можно отметить несколько типов диссоциативных частей, которые, как правило, избегаются другими частями. В первую очередь, в этом ряду следует отметить борющиеся АЛ, действия которых ограничены защитной подсистемой борьбы. Эти АЛ обычно предпринимают активные защитные и зачастую неадекватные меры, если что-то в окружении расценивается как признак надвигающейся опасности. Однако преследующие АЛ вызывают еще более интенсивную фобическую реакцию со стороны других диссоциированных частей личности. Основой преследующих АЛ является интроекция агрессора.

---

* Kindling (*англ.*) – воспламенение; зажигание, разжигание. – *Прим. пер.*

Они направляют свой гнев вовнутрь и вовлекают другие части в разыгрывание травматического опыта. Впрочем, они могут направить свой гнев и вовне, на других людей.

Кроме того, особенно сильное избегание формируется в отношении АЛ, хранящих невыносимые травматические воспоминания или связанных с крайне отталкивающими ментальными или поведенческими действиями. Некоторые части личности питают отвращение или страх к тем частям, которые содержат неприемлимые (по тем или иным причинам) потребности, связанные с отношениями зависимости, сексуальные чувства, ужас, гнев, стыд, чувство вины и одиночества, отчаяние, суицидальные мысли. Причиной избегания этих чувств, потребностей и желаний является не только их интенсивность и сопровождающая их боль, но и неспособность индивидов, пострадавших от психической травмы, проводить границу между *чувствами и фантазиями, с одной стороны, и поступком – с другой,* между ментальным действием и поведенческим актом. Одним из серьезных последствий психической травмы является проблема различения граней реальности и дифференциации субъективного и объективного мира. Поэтому ВНЛ жертвы травмы будет прикладывать еще больше усилий для того, чтобы увеличить дистанцию между собой и теми частями, которые могут, как того опасается ВНЛ, «взять ситуацию в свои руки» и дать волю неприемлемым чувствам и импульсам. Проработке в терапии травматических воспоминаний должно предшествовать разрешение не только фобии других ментальных действий, связанных с травмой, но и фобии диссоциативных частей.

Фобии близости, привязанности и утраты привязанности

В результате жестокого обращения у ребенка, как правило, формируется фобия привязанности, когда действия, принадлежащие системе привязанности к взрослому, заботящемуся о ребенке, всякий раз сопровождаются эмоциональной или физической болью. Таким образом, близость к жестокому или игнорирующему взрослому неизбежно активирует защитные системы, которые осуществляют стратегии отдаления от агрессора, а также тенденции к действию самого низкого уровня (то есть простые рефлексы и досимволические регуляторные тенденции к действию). Однако, достигнув определенной психической или физической дистанции, пациенты активируют систему привязанности, а значит, тенденции социального взаимодействия (то есть они вновь приближаются к заботящемуся о них взрослому, как бы обращаясь к нему с просьбой: «Будь со мной»).

Для жертв хронической травматизации особенно характерна генерализация фобий привязанности и утраты привязанности с последующим переносом этих фобий на других людей, с которыми устанавливаются эмоционально близкие отношения, в том числе на терапевта. Для многих индивидов, страдающих от последствий психической травмы, межличностные отношения ста-

новятся условными стимулами, которые активируют диссоциативные части, фиксированные на приближении к объекту привязанности или его избегании. *Фобия привязанности* часто парадоксальным образом оказывается связанной с не менее сильной *фобией утраты привязанности* (Steele et al., 2001). Эти полярные фобии, как правило, принадлежат разным частям личности. Именно эти фобии лежат в основе паттерна порочного круга колебаний от наращивания дистанции к сближению и обратно в межличностных отношениях: «Я тебя ненавижу – не оставляй меня». С психобиологической точки зрения, фобии привязанности и утраты привязанности деактивируют вентральный комплекс блуждающего нерва. Между тем, согласно Порджесу (Porges, 2001, 2003; см.: Nijenhuis & Den Boer, 2007), при помощи вентрального комплекса вагуса осуществляется регуляция сильных аффектов, таких как страх и гнев, через социальное взаимодействие. Отсюда следует, что *нарушение привязанности и недостаток социальной поддержки снижает психическую эффективность.*

Избегание одними диссоциативными частями других, стремящихся к отношениям привязанности, усиливает структурную диссоциацию. К избегающим могут относиться любые части, не опосредованные системой привязанности или подсистемой призыва к фигуре привязанности (крика привязанности). Другие же части, фиксированные на крике привязанности или движимые неудовлетворенными потребностями в зависимости, грустью и одиночеством, страшатся и избегают утраты привязанности (Steele et al., 2001). Стараясь избавиться от страха утраты привязанности, они становятся неразборчивыми в своих отношениях, некоторые из них могут носить опасный характер, что повышает вероятность страданий и измены. Сложности в отношениях еще больше убеждают пациента в том, что его невозможно любить, усиливая, таким образом, изоляцию и ненависть к самому себе.

Фобия (эмоциональной и сексуальной) близости тесно связана с фобией привязанности. В отличие от психобиологически обусловленной привязанности ребенка к заботящемуся о нем взрослому близость предоставляет индивиду гораздо большую свободу в раскрытии себя, своих потребностей и желаний. Привязанность задает общую рамку всем последующим отношениям, тогда как близость является наиболее глубинной и удовлетворяющей формой привязанности, возникающей лишь в немногих отношениях. Часто индивиды, перенесшие психическую травму, способны лишь на поверхностные и формальные отношения привязанности, однако подлинная близость пугает их, так как они боятся, что, раскрываясь другому человеку, они станут слишком уязвимыми, что они вновь испытают боль и горечь предательства. Как бы то ни было, у жертвы травмы всегда есть часть или части личности, которые являются носителями свойственной всем людям естественной потребности раскрыться другому человеку, быть понятым и любимым. Напряжение, которое возникает между страхами, связанными с близкими отношениями, и стремлением к ним, также вносит вклад в поддержание структурной диссоциации.

Фобия обычной жизни

Генерализация фобии связанных с травмой ментальных действий может принять такие масштабы, что жизнь некоторых индивидов, страдающих от последствий травмы, оказывается ограниченной неуклонно сужающимися рамками. Для многих пациентов жизнь становится неуправляемой, потому что они отвечают реакцией на условные стимулы, не выходя из состояния гипервозбуждения и хаоса. Хроническая активация *конкретных* действий защитной системы препятствует активации систем, регулирующих повседневную, обычную деятельность, благодаря которым возможна нормальная сбалансированная жизнь. Даже в том случае, когда системы обыденной жизни активированы, уровень развития соответствующих тенденций часто оказывается недостаточным для нормального функционирования. *Фобия обычной жизни* формируется (Van der Hart & Steele, 1999) по мере того, как индивид, пострадавший от психической травмы, все острее чувствует, что он не в состоянии справиться со сложными и неоднозначными жизненными ситуациями, не может регулировать свои реакции на условные стимулы, возникающие в его жизни, и всеми силами избегает решения повседневных задач.

Фобия изменений и разумного риска

Для того чтобы жить нормальной жизнью, мы должны не только оставаться стабильными, поддерживать рутинную деятельность и придерживаться заведенного порядка, но и быть готовыми к тому, чтобы приспособиться к меняющимся требованиям окружающего мира и меняться самим. Нет сомнений, что способность к изменениям является залогом успешной терапии и адаптации к жизни. Однако для жертв травмы сама мысль о переменах часто вызывает страх утраты или боли, они боятся неведомого или повторения чего-то ужасного, когда-то пережитого в прошлом. Страх изменений особенно важен для решения терапевтической задачи преодоления структурной диссоциации.

Изменения предполагают активацию исследовательской системы. Однако перемены и связанные с ними чувства тревоги или дискомфорта могут активировать защитную систему, которая, в свою очередь, деактивирует тенденции исследования и экспериментирования.

> Глория, пациентка с НДР и ПРЛ, жаловалась, что она не может нормально есть, прибирать в доме, справляться со своими чувствами. Она пыталась делать все это, но не могла изменить что-либо. В ходе терапии выяснилось, что Глория боялась, что если она изменится и ей станет лучше, то она покинет своего мужа, а ей этого не хотелось. Она также боялась, что как только ей станет лучше, терапевт оставит ее. Она также была убеждена, что вообще не достойна того, чтобы ей стало лучше.

Изменения могут пугать индивида, и их достижение может быть затруднено из-за некоторых убеждений, действующих на неосознанном уровне и игра-

ющих важную роль в регуляции поведения. Часто жертвы травмы убеждены, что перемены означают только одно, а именно, что «все станет еще хуже» или «меня заставят сделать что-то помимо моей воли». Одна пациентка рассерженно сказала терапевту: «Вы хотите, чтобы я изменилась и перестала быть собой. Вы не принимаете меня такой, какая я есть!»

Люди, страдающие от последствий хронической травматизации, опасаются, что разумный риск может привести лишь к неудаче. Они боятся рисковать, поскольку это неминуемо приведет к унижению, стыду и полному краху – частым переживаниям их детства. Наряду с этим многие жертвы травмы парадоксальным образом идут на неоправданно высокий риск, повинуясь внезапному импульсу. Однако это не взвешенное решение разумного риска, который необходим для достижения адаптивных изменений, а низшие автоматические формы поведения, в которых отсутствует понимание возможных негативных последствий или опасности. Индивиды, перенесшие травму, могут садиться за руль в нетрезвом виде или приняв наркотики, вступать в беспорядочные сексуальные связи, пренебрегая при этом мерами защиты от заболеваний, передающихся половым путем, совершать прогулки в одиночестве в ночном парке, прогуливать работу, вступать в деструктивные отношения с другими людьми. При этом они предпочтут отказаться от рисков, свзанных с поиском лучшего места работы, повышением своего образования, большей близостью в отношениях, так как это сделает их более уязвимыми. Наконец, они просто не станут учиться чему-то новому из-за страха показаться некомпетентными, глупыми, а также из-за страха окончательного фиаско, после которого жизнь станет еще хуже, чем когда-либо. Страх неудачи, изменения и риска создает потребность поддержания внутреннего status quo (то есть структурной диссоциации).

ЦЕНА ПОДДЕРЖАНИЯ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ И ВЫГОДЫ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Интегрированная личность представляет собой чрезвычайно сложную внутренне согласованную и целостную систему, многие части которой взаимосвязаны. С точки зрения теории нелинейных динамических систем (Edelman & Tononi, 2000; Putnam, 2005; термин *нелинейный* обсуждается в главе 9 и далее), диссоциативные части являются чрезмерно замкнутыми и более простыми подсистемами в сравнении с интегрированной личностью. Функционирование диссоциированных частей отличается односторонностью и узкой направленностью, так как обычно они опосредованы единственной системой действий или ограниченной группой систем действий и вовлечены в исполнение преимущественно низших тенденций к действию. Задача интеграции разных систем действий выходит за рамки поля сознания диссоциативных частей, которое ограничено рамками целей конкретных систем. Например, задачей большинства АЛ является исполнение каких-то конкретных защит-

ных действий, так как активность этих частей опосредована компонентами (одним или несколькими) защитной системы, поэтому репертуар их ментальных и поведенческих состояний является весьма ограниченным.

Хотя диссоциативные части порой являются чрезвычайно закрытыми и простыми, все же они могут быть в той или иной степени эффективными, с точки зрения адаптации в ситуациях, когда психический уровень жертвы травмы находится на низкой отметке, или при продолжающемся жестоком обращении, когда шансы индивида на выживание повышаются благодаря постоянно действующим защитным маневрам. Обычно АЛ индивидов, переживших психическую травму, автоматически, мгновенно и стереотипно реагируют на ситуацию, которую они субъективно оценивают как опасную, поскольку они сосредоточены на одной главной цели – защите. Эти действия, соответствующие низкому ментальному уровню, закрепленные частым повторением в разных ситуациях или процессами обуславливания, не подвержены торможению вследствие амбивалентности или конфликта, которые могут быть связаны с одновременной активацией разных систем действий. Данная особенность позволяет экономно расходовать энергию в ситуации реальной опасности. Однако для АЛ оказывается крайне трудной задача адаптации в ситуациях, когда требуется оценка разных стимулов и альтернативных действий или произвольный контроль перцептивных и моторных действий. Например, как уже отмечалось ранее, они не способны в достаточной степени оценить контекст, в котором появляется условный стимул, и реагируют защитой в объективно нейтральных ситуациях. Следствием нарушения презентификации, а также инвестиций энергии и времени в замещающие действия, является напрасный расход психической и физической энергии и снижение психической эффективности. Эти избыточные траты часто приводят к нарушению баланса между психической энергией и эффективностью. Результатом неэффективных вложений энергии является травматический спад – истощение и декомпенсация (Janet, 1928b; Titchener, 1986).

Отсюда следует, что задачей терапии является повышение психической эффективности АЛ и ВНЛ, что позволило бы им осуществлять тенденции к действию более высокого уровня (см. главу 9). С точки зрения системной теории, усилия терапевтов направлены на повышение сложности этих подсистем личности и уменьшение их автономии. Благодаря интеграции новых элементов происходит усложнение диссоциативных частей личности, например, циклы перцептивно-моторных тенденций к действию становятся более сложными. Такое повышение сложности становится возможным в том случае, когда диссоциативным частям удается заменить тенденции действий низшего порядка на тенденции высшего порядка (в соотвествии с иерархией тенденций к действию). Так, развитие коммуникации между одной АЛ и другой диссоциативной частью, приводит к тому, что в сферу системы, опосредующей данную АЛ, входят новые элементы (то есть новые действия). Сложность подсистемы (то есть диссоциативной части) определяется количеством нели-

нейных связей между ее элементами. Нелинейность в данном случае означает, что изменение одного элемента приводит к непропорциональным изменениям одного или нескольких элементов системы. Так как диссоциативные части представляют собой нелинейные субсистемы личности, то изменения, которые в них происходят, приводят к более глубоким изменениям системы личности как целого, то есть в результате терапии и усложнения диссоциативных частей пациент учится более эффективно использовать свою энергию, его инвестиции времени, энергии, его усилия становятся более результативными.

ВНЛ являются более сложными и более открытыми системами, чем АЛ. Пациенты, функционирующие на высоком уровне, обладают особенно сложными и открытыми подсистемами личности. ВНЛ многих жертв травмы в состоянии интегрировать самые разные стимулы. Некоторые ВНЛ способны согласовывать активность нескольких систем действий, отвечающих за повседневную жизнь. Однако все ВНЛ проявляют чрезмерную закрытость в отношении интеграции связанных с травмой действий, что накладывает ограничения на возрастание степени их сложности. Такая замкнутость поддерживается за счет маневров избегания и дистанцирования, что требует определенных энергетических затрат.

Возрастающая сложность диссоциативных частей как подсистем личности сопровождается усложнением личности как целостной системы. Так происходит по двум причинам. Во-первых, разделение между диссоциативными частями никогда не бывает абсолютным, и, во-вторых, росту психической эффективности какой-то одной части обычно сопутствует усиление ее связей с другими частями личности. Благодаря возрастающей сложности действия индивида, перенесшего психическую травму, становятся менее автоматическими, более гибкими. При переходе к тенденциям более высокого уровня улучшается адаптация индивида к изменяющейся среде. Постепенно индивид прекращает неэффективную трату психической и физической энергии на замещающие действия и начинает по достоинству оценивать плоды более эффективных и целесообразных действий. Каждое адаптивное действие, исполненное и завершенное должным образом, повышает психическую энергию и эффективность (Janet, 1919/1925).

Однако платой за эти изменения становятся амбивалентность, конфликт и отсрочка вознаграждения (см. главу 9). Например, с укреплением способности к рефлективным размышлениям усиливается осознание амбивалентности («У меня есть несколько возможностей. Что же лучше выбрать в этой ситуации?»), тогда как тенденции продолжительных действий предполагают отсрочку вознаграждения: например, нужно долго и активно учиться, получать хорошие оценки, но результат этих действий будет ощутим только в конце семестра. Аналогичным образом польза от интеграции травматических воспоминаний является колоссальной, но может потребоваться некоторое время, пока это станет очевидным. Поэтому индивиду, страдающему от последствий травмы, потребуется значительная терапевтическая поддержка в формирова-

нии толерантности к амбивалентности, противоречивым потребностям и желаниям, отсроченному вознаграждению для того, чтобы достичь функционирования на более высоких уровнях тенденций к действию.

РЕЗЮМЕ

Отличительной чертой хронической травматизации являются фобии действий, которые поддерживают структурную диссоциацию. Среди многих других факторов, способствующих формированию этих фобий, наиболее важными являются классическое, оперантное и оценочное обусловливание, генерализация, нечувствительность к контексту и нарушение презентификации. Преодоление связанных с травмой фобий является неотъемлемой частью успешной терапии. Из-за того, что диссоциативные части чрезмерно вовлечены в маневры избегания, они функционируют как довольно простые закрытые системы, ригидно и автоматически реагирующие на связанные с травмой стимулы, вызывающие у них отвращение и страх. Замещающие действия, такие как повторное проживание травматических событий, требуют избыточной траты времени и энергии, которая в итоге приводит к к истощению и декомпенсации у некоторых жертв травмы. Поэтому необходимо, чтобы диссоциативные части этих пациентов стали более открытыми, сложными и гибкими, более рефлективными в своих действиях, более поступными для согласованных действий, которые осуществлялись личностью в целом. Усилия терапевта при этом направлены на стабилизацию баланса между психической эффективностью и энергией дисоциативных частей личности. Это помогает индивидам, страдающим от последствий травмы, формировать более эффективные реакции на сложные внутренние и внешние стимулы.

ЧАСТЬ 3

ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Вступление

Всему свое время, и время всякой вещи под небом.

Экклесиаст (3: 1)

Она [ночной ребенок] была ключом, и я знала, что пока не произойдет интеграция ночного и дневного ребенка, мои кошмары будут продолжаться.

Мэрилин ван Дербур (Van Derbur, 2003, p. 242)

В этой части книги мы опишем терапевтические интервенции, основанные на теории структурной диссоциации и психологии действия Жане. Особое внимание мы уделим терапевтической работе со связанными с травмой фобиями. Преодоление каждой такой фобии требует повышения психического уровня пациента, чтобы для него стали возможны действия, принадлежащие высоким уровням иерархии, в частности, интегративные действия синтеза и *реализации*.

Обычно для лечения простого ПТСР, при котором структурная диссоциация ограничена одной рудиментарной АЛ, содержащей, как правило, только воспоминания о травматической ситуации, достаточно терапевтических методов, эффективность которых подтверждена эмпирическими исследованиями. Стандартное лечение включает, например, применение методов пролонгированной экспозиции релевантным травме стимулам, методов, разработанных в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (Foa et al., 2009; Resick & Schnicke, 1993; Follette et al., 1998; Rothbaum et al., 2000) и ДПДГ* (Chemtob

* ДПДГ – десенсибилизация и переработка при помощи движения глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) – метод психотерапии, первоначально предназначенный для работы с последствиями психической травмы. Метод основан на припоминании травматических событий, которое сопровождается билатеральной стимуляцией по какому-либо каналу восприятия. Первоначально это было сле-

et al., 2000; Gelinas, 2003; Power et al., 2002). Принципы лечения пациентов с этой формой структурной диссоциации были сформулированы уже Майерсом, терапевтические разработки которого были основаны на клинических данных наблюдения за ветеранами Первой мировой войны, получивших острую психическую травму.

> Рекомендованное лечение… направлено на «аффективную» [часть] личности, работу с ее патологией, искажениями и утратой контроля; а также на ее объединение с «внешне нормальной» [частью личности] (Myers, 1940, p. 68–9)

Согласно наблюдениям Майерса, при достижении реинтеграции в терапии

> становится очевидным, насколько «внешне нормальная» [часть] личности по своим внешним физическим и поведенческим характеристикам, а также внутренним психическим свойствам отличается от действительно нормальной личности, которую пациент, в конце концов, обретает. По достижению объединения АЛ и ВНЛ у пациента прекращаются головные боли и ночные кошмары, нормализуется кровообращение и пищеварение, даже рефлексы могут меняться, исчезают все истерические [то есть диссоциативные] симптомы (Myers, 1940, p. 69).

Пациенты становятся гораздо более адаптивными в повседневной жизни и воспринимают память о травматическом событии как часть личной истории, а не как событие настоящего. Действительно (ре)интеграция *влечет за собой* улучшение адаптации к жизни.

Однако «линейные» терапевтические методы, в которых терапевты сразу же начинают с интервенций, направленных на проработку травматических воспоминаний, часто терпят неудачу или не приносят ожидаемых результатов при работе с последствиями хронической травмы. Фазоориентированный подход, ставший общепринятой нормой для работы с последствиями хронической травматизации (Brown et al., 1998), считается наиболее эффективным для этих пациентов. Акцент на формировании навыков и повышении психического уровня на первой фазе является важным подготовительным этапом терапии травматических воспоминаний. Фазоориентированное лечение со-

---

жение взглядом за маятником или движениями руки терапевта. В настоящее время, помимо движения глаз, в ДПДГ используют попеременную подачу аудиосигнала или вибрации, соответственно в наушники или специальное парное устройство в виде груши, которое пациент держит в руках. Автором метода является американский психотерапевт Френсин Шапиро (см.: *Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз. М.: Независимая фирма «Класс», 1998) К настоящему времени получены многочисленные эмпирические подтверждения эффективности этого метода в работе с пациентами, страдающими от «простого» ПТСР в результате психической травмы, пережитой во взрослом возрасте (см.: *Фоа Э. Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж.* (ред.). Эффективная терапия ПТСР. М.: Когито-Центр, 2005). – *Прим. науч. ред.*

четает лучшие терапевтические техники повышения качества повседневной жизни, проработки травматических воспоминаний и помощи в (ре)интеграции личности. Развитие этой области связано с именами пионеров современной терапии сложного ПСТР и диссоциативных расстройств, среди которых Дэниэл Браун, Крис Куртуа, Катрин Файн, Эрика Фромм, Джудит Херман, Ричард Клафт, Ричард Лёвенштайн, Эрвин Парсон, Лори Перлман, Фрэнк Патнем и Колин Росс. Благодаря усилиям этих клиницистов был совершен революционный прорыв в разработке основ применения фазовоориентированного подхода к терапии наиболее сложных случаев последствий психической травмы, а также в обучении других терапевтов этим методам. Начиная с 1980-х годов появилось множество вариантов реализации фазовоориентированного подхода для лечения пациентов, страдающих от последствий хронической травматизации (см., например: Brown & Fromm, 1986; Courtois, 1999, 2004; Gelinas, 2003; Herman, 1992b; Horevitz & Loewenstein, 1994; Huber, 1995; Kluft, 1999; McCann & Pearlman, 1990; Parson, 1984; Steele et al., 1994; Van der Hart, 1991; Van der Hart et al., 1998; см. также прекрасный обзор Brown et al., 1998). Каждый из этих вариантов в основе своей следует новаторским разработкам Жане, которые были описаны в его трудах более ста лет назад (Janet, 1898c; ср.: Van der Hart et al., 1989). Жане выделял три фазы лечения, каждая из которых имеет свои цели и задачи: 1) стабилизация и снижение выраженности симптоматики; 2) терапия травматических воспоминаний; 3) (ре)интеграция личности и реабилитация. В фазовоориентированном подходе удается избежать преждевременной конфронтации пациента с травматическими воспоминаниями, которой должны предшествовать интервенции, нацеленные на улучшение навыков повседневной жизни (например: Gold, 2000; Linehan, 1993), что и составляет важный сегмент первой фазы лечения.

При первичной и в некоторых случаях вторичной диссоциации личности фазовоориентированное лечение может быть довольно простым и «линейным» (Van der Hart et al., 1998). Однако в большинстве случаев вторичной и третичной диссоциации личности лечение является долговременным, а применение фазовоориентированной модели движется вдоль траектории, имеющей вид спирали (Courtois, 1999; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 1998). Это означает, что в случае необходимости Фаза 2 может периодически чередоваться с Фазой 1, а в дальнейшем Фаза 3 с Фазой 2 или даже Фазой 1. Некоторые недавно разработанные клинические подходы состоят из первой фазы лечения с периодическими краткими вкраплениями второй фазы (Briere & Scott, 2006; Ford & Russo, 2006). В любом варианте применения фазовоориентированного подхода терапевт должен понимать и учитывать ограничения психического уровня пациента и диссоциативных частей его личности.

ГЛАВА 11

Диагностика пациента, пережившего травму

Очень часто ни пациент, ни терапевт не сознают связь проблемы, по поводу которой пациент обратился за помощью, с историей хронической травмы.

Джудит Херман (Herman, 1992b, p. 123)

При диагностике пациента, страдающего от последствий психической травмы, мы проводим систематическую оценку его интегративных психических и поведенческих действий, исходя из теории структурной диссоциации, основанной на психологии действия Жане. Согласно данной теории, центральным моментом травматизации и структурной диссоциации считается недостаточная интеграция опыта переживания и последствий психической травмы. Таким образом, главная задача терапии состоит в том, чтобы помочь пациенту осуществить синтез и *реализацию* травматических воспоминаний, а также обрести способность к интегративным действиям, в том числе к более адаптивным действиям в повседневной жизни. Поэтому при проведении диагностики, в первую очередь, мы должны разобраться с тем, что мешает пациенту успешно осуществлять эти действия, и как мы можем помочь ему в преодолении этих трудностей.

Терапевтам важно понимать, в чем состоят характерные для каждого конкретного пациента проблемы адаптации и как он пытается их решать. Трудности адаптации связаны с низким уровнем психической эффективности и/или психической энергии. Поэтому один из центральных аспектов диагностики состоит в оценке психического уровня пациента и частей его личности. В этом контексте диагностика также направлена на выявление обусловленных психической травмой реакций, таких как превалирующие фобии пациента, для преодоления которых необходимо повышение психического уровня. Такая диагностика закладывает фундамент систематического фазово-ориентированного лечения, адаптированного к индивидуальным особенностям каж-

дого пациента и учитывающего общие базовые механизмы и явления, такие как дефицитарность интегративных действий.

Первоначальная диагностика хронической травматизации должна быть всесторонней и систематической, охватывать все сферы жизни и психического функционирования пациента (например: Briere, 1997, 2004; Chu, 1998a; Courtois, 1999; McCann & Pearlman, 1990). Диагностика предполагает три этапа. Первый состоит в стандартном клиническом обследовании, включающем оценку диссоциативных симптомов. Второй этап посвящен более детальной оценке травматических симптомов и диагностике расстройств, то есть тяжести структурной диссоциации. На первых двух этапах собирается информация, необходимая для постановки точного диагноза и планирования лечения. Третий этап заключается в систематическом анализе структуры, функционирования и истории пациента и диссоциативных частей его личности. В результате прохождения этих разных, но связанных между собой этапов диагностики у терапевта должно сложиться понимание назначения адаптивных и дезадаптивных действий пациента, а также функций и целей различных частей личности. Хотя диагностика обязательна в самом начале лечения при разработке и корректировке первичного плана терапии, процедуры оценки необходимо время от времени осуществлять на протяжении всей терапии.

ЭТАП 1: СТАНДАРТНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Помимо прочего, при стандартном клиническом обследовании выясняют возможное влияние семейных отношений на возникновение психиатрических проблем пациента, а также паттерны насилия и пренебрежения, которые могут быть прослежены в истории семьи пациента из поколения в поколение. Обязательной частью клинического интервью со *всеми* пациентами должны стать вопросы о травматических симптомах и потенциально психотравмирующих событиях (Courtois, 2004; Loewenstein, 1991). Однако следует помнить, что этот разговор носит предварительный характер, на этом этапе мы получаем только самую общую картину истории жизни пациента, включая опыт переживания психотравмирующих ситуаций. Пока не сложились прочные терапевтические отношения, не стоит вдаваться в детали. Обсуждение подробностей психотравмирующих ситуаций может вызвать сильные негативные эмоции, что нежелательно, если пациент еще не чувствует себя в безопасности в кабинете терапевта, если нам неизвестно, в какой степени он способен справляться со своими аффектами. В то же время расспросы о жизни пациента не должны носить поверхностный и формальный характер, напротив, терапевт должен внимательно и вдумчиво исследовать симптомы и саморепрезентации пациента более общего плана для того, чтобы лучше понять его и собрать необходимую информацию для составления плана будущего лечения. При проведении начального интервью также оцениваются сильные стороны пациента и его ресурсы, в опоре на которые может возник-

нуть потребность в ходе терапии. Кроме того, важно знать, что может поддержать самоуважение пациента, в какиех сферах он чувствует себя компетентным (Ogden et al., 2006).

Во время диагностической беседы терапевт только слушает и наблюдает то, что пациент, который представлен во время диагностической беседы своей ВНЛ, сообщает или демонстирует своим поведением. Иногда пациент не в состоянии предоставить терапевту целостный рассказ о своей жизни. Это может быть вызвано нарушениями памяти, отсутствием возможности осознать влияние определенных событий, угрозами и требованиями со стороны насильника хранить тайну, а также избеганием таких болезненных чувств, как страх, стыд и вина. В этой ситуации лучшее, что может сделать терапевт,– это собрать и переработать доступную ему информацию, на основании которой будет построена стратегия дальнейших отношений с пациентом в терапии. Сведения, которые терапевт собирает во время первых встреч, в дальнейшем уточняются и дополняются. В этом смысле диагностика продолжается на протяжении всей терапии.

Влияние диагностической процедуры на пациента

То, как терапевт узнает о фактах из жизни пациента, само по себе является терапевтической интервенцией. Терапевт должен быть очень внимателен к нюансам поведенческих и физиологических реакций пациента во время диагностической беседы, отслеживая признаки гипер- и гиповозбуждения (Ogden et al., 2006), а также проявления диссоциативных симптомов, таких как вторгающиеся голоса. Так как гипер- и гиповозбуждение являются признаками нарушения равновесия между психической эффективностью и энергией, то уже в начале диагностической сессии терапевт помогает пациенту в оптимизации этого баланса (глава 12). Особое внимание терапевт должен уделять темпу расспроса пациента о травматическом опыте и диссоциативных симптомах (Courtois, 1999; Steinberg, 1995). Так как поведение пациентов, страдающих от последствий психической травмы, во многом определяется фобическиме избеганием, то слишком прямые и преждевременно поставленные вопросы могут вызвать у пациента чувство опасности, привести к декомпенсации или решению отказаться от продолжения терапии. Если же терапевт вовремя распознает и правильно реагирует на проявления диссоциации и выраженные изменения состояния сознания у пациента, то это способствует росту уверенности и чувства безопасности у пациента. Так пациент постепенно приходит к пониманию, что терапия представлет собой нечто большее, чем простое повторение болезненных переживаний травматического опыта, что в терапевтических отношениях он найдет сочувствие и поддержку, когда он находится во власти пугающих переживаний, которые вызывают замешательство и стыд.

Таким образом, действия терапевта во время первых сеансов имеют критическое значение для последующего терапевтического процесса. Терапевт

должен видеть и понимать, какое влияние его стиль оказывает на данного пациента. Например, интровертированный и спокойный терапевт может восприниматься пациентом как молчаливый мизантроп, втайне критикующий его, а более активный – как внедряющийся и властный. Действия терапевта, искренне и точно реагирующего на действия пациента, принадлежат тенденциям более высоких уровней. Такие терапевтические действия могут оказать позитивное влияние на саморегуляцию пациента (повысить психическую эффективность). Взаимодействуя с пациентом, терапевт должен выражаться ясно и точно, не оставляя, по возможности, места для двусмысленности. Иногда это требует проговаривания вслух того, что и так, казалось бы, ясно. Например, терапевт сообщает пациенту, что у того есть право выбора: отвечать ему на тот или иной вопрос или нет. Вместе с тем и у терапевта есть право и даже обязанность поинтересоваться у пациента, который отказывается отвечать, что мешает ему продолжать коммуникацию.

Наблюдение за пациентом во время диагностической беседы

Терапевт должен быть внимательным не только к содержанию ответов пациента, но и к его манере говорить, а также учитывать то, что, возможно, остается невысказанным. Общая оценка складывается также из впечатлений, которые терапевт получает, наблюдая за аффективными и телесными реакциями пациента как на вопросы терапевта, так и на него самого. Большое значение имеет невербальная коммуникация пациента (например: Ogden et al., 2006). Интонации, громкость голоса, избегание контакта глаз или агрессивный пристальный взгляд глаза в глаза, необычные или стереотипные движения и положения тела, такие как фиксация позы, раскачивание, опускание головы, оцепенение, сексуализация движений тела и жестов – все это составляет материал, к которому можно будет обратиться в терапевтической работе, *когда пациент будет к этому готов.* Например, неожиданные и повторяющиеся изменения тембра и громкости звучания голоса, манеры поведения, жестикуляции, тем разговора могут быть признаком переключения между диссоциативными частями, которые терапевт должен принять к сведению, но не спешить с выводом о наличии структурной диссоциации, подождать, когда наберется достаточно материала для подтверждения или опровержения этой гипотезы.

Знание о стиле привязанности пациента (избегающий, сопротивляющийся, беспокойный, неразрешенный) позволяет сделать предварительные выводы относительно того, как могут развиваться терапевтические отношения и что они могут потребовать от терапевта. Например, обследование может продвигаться медленно и тяжело из-за недоверия пациента к терапевту. Из-за высокой тревожности или сопротивления пациент может подолгу молчать или отделываться односложными ответами. Иногда такие пациенты спрашивают: «Зачем вам это знать?»; и тут же отвечают сами: «Меня уже тысячу

раз спрашивали об этом. Я только теряю время с вами!» Устойчивый паттерн таких реакций может указывать на ненадежные типы привязанности, в том числе дезорганизованный/дезориентированный тип. Отсюда терапевт может сделать для себя вывод, что в терапии потребуются усилия для работы по преодолению фобий привязанности и потери привязанности.

Манера речи пациента также очень информативна. В литературе, посвященной проблемам привязанности, отмечается важность анализа нарративного дискурса для определения стилей привязанности у взрослых (см.: Hesse, 1999). Однако речь пациента позволяет судить и о других важных вещах, относящихся к пациенту, в том числе о его способности находить слова для выражения своих мыслей и чувств, о наличии явных или скрытых пропусков в автобиографической нарративной памяти, о внутреннем опыте диссоциации и пр. Например, частое использование местоимений (оно, они, он, она), затемняющих смысл, резкие перемены или необычный синтаксис, рассказ о себе в третьем лице, разрывы и пропуски дискурса, доминирующее впечатление неопределенности от рассказов пациента, резкие смены субъекта, неожиданные изменения интонаций, ритма и других вокальных характеристик речи указывают на высокую вероятность того, что гипотеза о структурной диссоциации у данного пациента окажется верна (например: Loewenstein, 1991a).

Значительные пробелы в воспоминаниях пациента истории его жизни и другие проблемы с памятью усиливают подозрения о возможной диссоциативной амнезии или частых изменениях состояния сознания, а также сопутствующих нейрологических нарушениях, причиной которых могут быть насилие и пренебрежение в детстве.

Впечатления терапевта при проведении диагностической беседы

Многие пациенты с (хронической) психической травмой успевают побывать на консультациях у разных специалистов, каждый из которых может прийти к разным выводам по поводу диагноза возможного психиатрического расстройства. Такое разнообразие диагностических оценок связано с обилием симптомов и их изменчивостью, вызванной переключениями между диссоциативными частями личности, попеременно занимающих доминирующее положение в сознании пациента. Кроме того, понимание связанных с травмой симптомов и диагностические выводы, к которым приходит терапевт, зависят от его теоретических предпочтений.

Обследование может зайти в тупик из-за обилия деталей, отступлений, неопределенности и влияния, которое оказывают на терапевта изменения сознания пациента. Последнее может быть связано с активностью диссоциативных частей, пытающихся избежать травматических воспоминаний и ассоциированных с ними стимулов (ср.: Loewenstein, 1991a). Некоторые терапевты используют выражение «пасти стадо кошек», когда описывают свои усилия,

направленные на то, чтобы получить четкие лаконичные ответы от диссоциативных пациентов. При первичном обследовании пациентов, страдающих от последствий хронической травмы, у терапевта нередко возникает рассеянность, сонливость, забывчивость, замешательство: «Как будто принял сонное зелье», «Как будто меня загипнотизировали», «Как будто пытался найти выход в комнате с зеркальными стенами, заполненной дымом», «Наполовину я был вне реальности», «Как будто я внезапно утратил способность рассуждать». Поэтому терапевты должны найти возможности для постоянной тренировки своей способности присутствия в настоящем, сосредоточения внимания и поддержания высокого психического уровеня.

Терапевты также могут замечать у себя определенные аффективные реакции на пациента – грусть, скуку, тревогу, раздражение, отвращение, фрустрацию или жалость. Эти реакции могут быть связаны не только с формирующимся контрпереносом, но с переносом пациента, его стилем межличностного взаимодействия и его проективной идентификацией (Chu, 1998a; Courtois, 1999; Kluft, 1994a; Loewenstein, 1991a).

История прошлых попыток лечения пациента

Пациенты, пережившие травму, часто приходят в терапию после неудавшегося или незавершенного лечения. Изучение того, как протекали и заканчивались предыдущие попытки терапии и лечения в целом, может дать терапевту ценную информацию о вероятных трудностях, с которыми он может столкнуться в терапевтической работе с данным пациентом. Ответы на следующие воспросы о предыдущем опыте лечения могут быть полезны для планирования терапии: было ли завершение лечения внезапным или запланированным, было ли оно инициировано пациентом или терапевтом, как пациент переживал завершение предыдущего лечения. Для будущей терапии также важно выяснить, в чем помогли и в чем потерпели неудачу предыдущие попытки терапии и терапевты.

Неудачи прошлых попыток терапии могли быть связаны с особенностями пациента, ошибками терапевта или и тем и другим. Поэтому терапевт должен избегать поспешных выводов как в отношении компетентности коллег, так и доступности пациента лечению. Однако многие пациенты, страдающие от последствий травмы, в предшествующих терапевтических отношениях пережили повторную травматизацию из-за того, что терапевт не обладал знаниями и навыками, необходимыми для работы со сложными проблемами, вызванными хронической травматизацией, или из-за того, что у терапевта было предвзятое мнение о диссоциативных расстройствах, или же из-за сложных реакций контрпереноса у терапевта. Исходя из нашего опыта, мы пришли к выводу, что неудачи терапии обычно связаны с тем, что терапевт либо не нашел верного темпа в работе с конкретным пациентом, либо не принял во внимание важных аспектов травматического опыта пациента: низкий уровень психической регуляции и структурную диссоциацию, которые являют-

ся ключевыми параметрами, которые наобходимо принимать во внимание при планировании фазовоориентированного лечения.

Диагнозы

Диагноз помогает с выбором главной стратегической линии лечения, а также с определением конкретных эмпирически обоснованных интервенций, в том числе психотропных лекарств в работе с данным пациентом (например: Foa et al., 2000; Freeman & Power, 2005; Nathan & Gorman, 2002). Существуют разные диагностические методы для оценки ОСР (Bryant & Harvey, 2000); ПТСР (например: Blake et al., 1995; Brewin, 2005a; Carlson, 1997; Stamm, 1996; Wilson & Keane, 2004), сложного ПТСР и расстройств тяжелого стресса (Pelcovitz et al., 1997). Специальные методики для отслеживания и диагностики диссоциативных расстройств будут подробно рассмотрены ниже.

Однако множественные симптомы пациентов, страдающих от последствий хронической травмы, часто соответствуют диагностическим критериям сразу нескольких психиатрических расстройств. Отчасти так происходит потому, что разным диссоциативным частям соответсвует разная клиническая картина с особым профилем симптомов. Например, наблюдения за ВНЛ пациента дают основания для постановки диагноза расстройства деперсонализации, шизофрении или основного депрессивного расстройства, тогда как у одной АЛ проявляются симптомы панического расстройства, а у другой – расстройства дефицита внимания/гиперактивности или пищевого поведения. Терапевт может оказаться в затруднительном положении, решая вопрос о том, на какой диагноз пациента ему ориентироваться при принятии решения о стратегии лечения: остановить выбор на каком-то одном диагнозе или попытаться как-то комбинировать рекомендации лечения, разработанные для разных расстройств. Таким образом, терапевт должен быть в состоянии *интегрировать* разные подходы лечения для того, чтобы эффективно работать со сложными проблемами каждого конкретного пациента.

Показания к медикаментозному лечению и (нейро)психологическому обследованию

Если в результате клинической беседы становится понятно, что у пациента есть симптомы, которые подлежат медикаментозному лечению, он должен быть направлен на обследование и возможное лечение в дополнении к психотерапии. Однако прежде терапевт должен выяснить, каков был опыт пациента в отношении медикаментозного лечения, что он в связи с этим думает и как к этому относится. Это необходимо для того, чтобы прояснить необходимость терапевтической работы с возможным сопротивлением приему лекарств. Кроме того, так как пациенты, страдающие от последствий хронической травмы, часто получают неадекватное медикаментозное лечение у психиатров, не имеющих достаточных знаний о психической травме и ее последствиях, важно, чтобы пациент проконсультировался у психиатра, зна-

комого с особенностями психофизиологических процессов при последствиях психической травмы и готового к сотрудничеству с психотерапевтом.

В случае, если пациент демонстрирует сложную, необычную или запутанную симптоматику, а также при тяжелых когнитивных нарушениях следует рекомендовать (нейро)психологическое обследование (Brand et al., 2006). Нельзя недооценивать роль неврологических нарушений у пациентов с историей психической травмы, так как среди этих пациентов нередки случаи черепно-мозговых травм, недоедания, злоупотребления психоактивными веществами, а также воздействия других факторов, которые могли привести к повреждению головного мозга. Результаты применения таких методик, как Миннесотский многофакторный личностный опросник-2 (MMPI-2), Клинический многоосевой опросник Миллона II (Millon Clinical Multiaxial Inventory II, MCMI–II) или Опросник выраженности психопатологической симптоматики* (Symptom Check List 90, SCL-90) в рамках всестороннего психологического обследования могут помочь терапевту при оценке общего психического уровня пациента, а также прояснить роль устойчивых защитных паттернов в социальных ситуациях, интрапсихических конфликтов и связанных с травмой фобий в проблемах пациента (см.: Briere, 2004). Однако необходимо помнить, что у пациентов, страдающих от крайних проявлений структурной диссоциации, результаты тестов могут зависеть от того, какая часть (части) личности активна при тестировании и какая часть (части) препятствует правдивым ответам.

Подводя итог, можно сказать, что подозрение на структурную диссоциацию усиливается, оставаясь, однако, при этом лишь гипотезой, когда у пациента присутствуют явные диссоциативные симптомы, вербальные и невербальные феномены, которые могут быть отнесены к проявлениям структурной диссоциации; когда пациент приводит описания или упоминает о переживании ситуаций чрезвычайного стресса; когда известно, что прежде разные клиницисты уже ставили ему самые разные диагнозы и у него было несколько неудачных попыток терапии; наконец, когда присутствует сочетание вышеперечисленных черт.

ЭТАП 2: ДИАГНОСТИКА СВЯЗАННЫХ С ТРАВМОЙ СИМПТОМОВ И РАССТРОЙСТВ

Следующей стадией диагностики является подробный анализ симптомов и расстройств, связанных с психической травмой. Первый шаг заключается в сборе информации о потенциально психотравмирующих событиях в жизни пациента.

* Существует адаптированный русскоязычный вариант опросника SCL-90-R, Опросник выраженности общей психопатологической симптоматики (см.: *Тарабрина Н. В., Агарков В. А.* и др. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check List 90 Revised – SCL-90-R) // Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Калмыкова Е. С., Макарчук А. В. и др. Психология посттравматического стресса / Под ред. Н. В. Тарабриной. М.: Когито-Центр, 2007. – *Прим. науч. ред.*

ОЦЕНКА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ

Результаты общего обследования могут указывать на высокую вероятность структурной диссоциации, например, стойкие признаки повторного проживания травматических событий прошлого, жалобы на разрывы в восприятии времени, отсутствие воспоминаний о собственных поступках и действиях, симптомы первого ранга Шнайдера. Эти проявления свидетельствуют о необходимости более детального и тщательного изучения травматических симптомов. К настоящему времени издано несколько замечательных руководств, посвященных клинической диагностике людей, перенесших психическую травму (например: Allen, 1994; Bartlett, 1996; Brand et al., 2006; Briere, 1997; Briere & Spinazzola, 2005; Carlson, 1997; Chu, 1998a; Courtois, 1999, 2004; Loewenstein, 1991a; McCann & Pearlman, 1990; Newman et al., 1996; Steinberg, 1995; Wilson & Keane, 2004).

Мы используем в нашей работе Опросник травматического опыта (Traumatic Experiences Checklist, TEC), поскольку этот опросник обладает хорошими психометрическими характеристиками, его заполнение занимает примерно 20 минут и включает 29 типов потенциально травматических событий (Nijenhuis et al., 2002). При этом большинство пациентов не воспринимает формулировку вопросов TEC как сильную конфронтацию с их травматическим опытом. Существуют и другие диагностические инструменты (ср.: Carlson, 1997; Courtois, 1999; Ohan et al., 2002; Stamm, 1996; Wilson & Keane, 2004), такие как Оценка стрессовых воздействий в прошлом (Krinsley et al. Evaluation of Lifetime Stressors – 1997) и Оценка травматического опыта у взрослых (Trauma Assessment for Adults – Resnick, 1996). Терапевт должен учитывать психический уровень пациента, проводя расспрос о пережитом насилии, опыте пренебрежения, травмирующих медицинских процедурах, страхах оставленности и смерти, непреодоленной травматической утраты и незавершенного горевания, а также тяжелых нарушениях ранних отношений привязанности. Если в результате обследования становится ясно, что в жизни пациента такие события были, то в последующем необходимо выяснить, какое влияние оказали или оказывают эти события на жизнь и функционирование пациента.

Хотя разговор о прошлых травматических событиях, важный для дальнейшего прогресса в терапии, сопровождается переживанием стресса, пациенты, как правило, относятся к этому с пониманием (Walker et al., 1997). Однако расспросы о травматическом опыте могут затронуть воспоминания и чувства, которые пациент предпочитает избегать или которые могут вызвать понижение психической эффективности, и, следовательно, активацию тенденций к действию более низкого уровня (ср.: Courtois, 1999). Терапевт должен быть готов к тому, что диссоциативные части, скорее всего, по-разному будут реагировать на вопросы о прошлой травматизации, и лишь некоторые из этих реакций будут доступны прямому наблюдению во время беседы. Регуляция поведения в терапии может представлять серьезную проблему для диссоциа-

тивных пациентов в силу структурной диссоциации и серьезного недостатка психической эффективности. Например, ВНЛ пациента, страдающая деперсонализацией, может невозмутимо, без каких-либо признаков беспокойства рассказать о своих травматических переживаниях со всеми подробностями. Однако одна или несколько других диссоциированных частей личности пациента, которые не в состоянии справится с этими травматическими воспоминаниями, позже, после завершения сессии могут совершить акты самоповреждения или даже попытку самоубийства.

Аналогичные проблемы с непредвиденными реакциями могут также возникнуть во время диагностики структурной диссоциации (см. ниже). Некоторые пациенты, страдающие от диссоциации, приходя в терапию, уже знают о том, что разговор о диссоциативных симптомах часто усиливает их или даже дает повод к их появлению. Это может стать основанием сильного беспокойства и страха, что ограничивает их психическую эффективность и, как следствие, способность управлять своими чувствами и воспоминаниями, возникшими в ходе диагностики структурной диссоциации. Пациенты могут бояться или стыдиться разговора о «странных» симптомах, таких как инфантильное поведение, причудливые движения, слышание голосов, желание прятаться в каком-то укромном месте, например, в чулане. Пациенты часто неохотно рассказывают о подобных симптомах из-за опасений, что другие будут думать о них как о «сумасшедших» или «плохих». Поэтому во время первых бесед пациент может умолчать о пережитом сексуальном или физическом насилии, слышании голосов, разрывах в восприятии времени, актах членовредительства, сексуальном отыгрывании или злоупотреблении психоактивными веществами. Многие пациенты со сложными диссоциативными расстройствами будут пытаться скрыть свои диссоциативные части в начале диагностики и терапии (например: Kluft, 1987b). На первых встречах таким пациентом у терапевта может сложиться впечатление, что пациент обладает только одной диссоциативной частью, которая страдает от симптомовторжения, при этом пациент не осознает или отрицает структурную диссоциацию как свою основную проблему. Некоторые части могут иметь смутное представление о травматическом прошлом или вообще ничего не знать о нем из-за недостатка внутренних связей между воспоминаниями и личными переживаниями у травмированных индивидов.

Методики для оценки диссоциативных симптомов

Следующим шагом после подтверждения наличия у пациента признаков структурной диссоциации (то есть диссоциативных симптомов) является применение методов самооценки для определения выраженности психоформных и соматоформных диссоциативных симптомов или методик самооценки, направленных на выявление диссоциативных расстройств. Эти методы служат для оценки как симптомов структурной диссоциации, так и измененных состояний сознания. Например, Многофакторный опросник диссоциации (Mul-

tidimensional Inventory of Dissociation, MID; Dell, 2002, 2006; Somer & Dell, 2005) содержит 168 пунктов и несколько шкал для оценки диссоциации и имеет хорошие психометрические свойства. Шкала диссоциации* (Dissociative Experiences Scale (DES – Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1996) служит для оценки выраженности диссоциативных симптомов и патологических состояний измененненного сознания. Значение общего балла DES от 30 и выше служит индикатором возможного диссоциативного расстройства по DSM-IV (Carlson et al., 1993). Ван Ижендорн и Шюнгель (Van IJzendoorn, Schuengel, 1996) представили данные метаанализа средних значений общего балла DES для разных диагностических категорий. Методика DES-Таксон (DES-T – Waller, Carlson & Putnam, 1993) состоит из 8 пунктов DES, которые более точно определяют структурную диссоциацию, чем DES в целом. Опросник соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20/SDQ-5 – Nijenhuis et al., 1996, 1997, 1998a) оценивает тяжесть соматоформных симптомов структурной диссоциации. Получены средние показатели опросника SDQ-20 для разных психиатрических расстройств (Nijenhuis, 2004). Краткий вариант опросника SDQ-20 – SDQ-5 – предназначен для проверки наличия диссоциативных расстройств по DSM-IV. Критическое значение общего балла SDQ-5, указывающее на возможное диссоциативное расстройство, составляет 8. Приведенные здесь критические значения для общих баллов DES и SDQ-5 позволяют определить наличие диссоциативных расстройств по DSM-IV у 30–45% психиатрических амбулаторных больных.

Чем выше показатели по этим методикам, тем больше вероятность диагноза диссоциативного расстройства по DSM-IV у *данного* пациента. Однако следует помнить, что общий балл по этим методикам у пациентов со структурной диссоциацией может быть ниже критических значений. Как правило, это связано с тем, что при ответах на вопросы доминирует ВНЛ пациента, которая не вполне осознает или отрицает диссоциативные симптомы. Диссоциативные феномены в этих случаях могут выявляться клинически или при расширенном клиническом наблюдении.

Группы симптомов, описание которых приведено в Структурированном интервью для диагностики расстройств экстремального стресса (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, SIDES – Pelcovitz et al., 1997) можно рассматривать как диссоциативные в своей основе (см. главу 6; Van der Hart et al., 2005).

---

* Шкала диссоциации (ШД) – русскоязычная версия Dissociation Experience Scale (см.: *Агарков В.А., Тарабрина Н.В.* Шкала диссоциации // Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макарчук А.В. и др. Психология посттравматического стресса / Под ред. Н.В. Тарабриной. М.: Когито-Центр, 2007). В основе DES (ШД) лежит концепция диссоциативного континуума, согласно которому все диссоциативные состояния располагаются вдоль гипотетического континуума, крайними полюсами которого являются нормативные проявления диссоциации, такие как «дорожный транс» и абсорбция, с одной стороны, и симптомы диссоциативных расстройств – с другой. – *Прим. науч. ред.*

Применение систематического интервью для оценки структурной диссоциации

Для диагностики диссоциативных расстройств по DSM-IV, как правило, применяют такие подробные интервью, как сокращенное обследование психического статуса (Loewenstein, 1991), структурированные интервью, такие как Переработанное структурированное клиническое интервью для диагностики диссоциативных расстройств (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders Revised, SCID-D-R – Steinberg, 1995, 2000) или Перечень вопросов для диагностического интервью диссоциативных расстройств (Dissociative Disorder Interview Schedule, DDIS – Ross, 1989; Ross et al., 1989). Однако терапевт должен помнить, что структурная диссоциация присутствует и при других расстройствах, в том числе ПРЛ, ПТСР, соматоформных диссоциативных расстройствах (см. главу 6).

Постепенно и последовательно терапевт расспрашивает пациента об эпизодах амнезии, фуги, деперсонализации, дереализации, спутанной и чередующейся идентичности, симптомах Шнайдера (см. главы 5 и 6) и других субъективных переживаниях, которые могут свидетельствовать о диссоциации (International Society for the Study of Dissociation, 2005; Loewenstein, 1991; Ross, 1989; Steinberg, 1995). Вопросы также касаются нормальных и патологических состояний измененного сознания (Steele et al., 2009). Терапевт интересуется историей возникновения и проявлениями диссоциативных симптомов. Диссоциативные симптомы следует отличать от состояний измененненного сознания и феноменов, в основе которых лежат иные механизмы. Например, трудности с точным припоминанием или провалы в памяти могут быть связаны как с изменением состояния сознания, так и со структурной диссоциацией или и с тем и с другим одновременно.

Расспрос пациента, который, как правило, представлен ВНЛ, о диссоциативных симптомах и потенциально травматических событиях может реактивировать аффективные части личности (АЛ), поэтому терапевт должен внимательно следить за темпом, с которым продвигается совместное исследование личной истории пациента. Диагностика может раскрыть конфликты между разными частями личности. Например, ВНЛ может стремиться к тому, чтобы рассказать терапевту обо всех симптомах и ужасающих воспоминаниях в надежде получить помощь, тогда как АЛ внутренне препятствует этому, предпочитая безопасность рассказу о болезненных переживаниях. В других случаях «детская» АЛ стремится обрести защиту и заботу, поэтому желает поделиться своими воспоминаниями, однако ВНЛ игнорирует намерения этой части и подавляет ее, избегая, таким образом, отношений привязанности и сложных чувств, связанных с ними. Терапевт должен учитывать, что подобные конфликты не редкость во время интервью, и быть внимательным к их внешним проявлениям у пациента, таким, например, как запинающаяся речь, блокирование мыслей или внезапное высказывание, резко отличающееся от общего контекста дискурса пациента, отсутствующий взгляд, резкие перемены темы

разговора, утрата контакта глаз. Если эти феномены появляются на второй фазе интервью, то терапевт учитывает их, он должен справиться с ними в том смысле, что эти события не должны помешать продолжению интервью. Однако на данной фазе интервью лучше продолжить с той диссоциированной частью личности пациента, которая доминирует в данный момент. Углубленный анализ диссоциативных частей следует отложить до третьего этапа диагностики.

По мере возможности терапевт определяет, какие части исполняют основные функции в повседневной жизни, а какие мешают каждодневному функционированию пациента (это могут быть детские, преследующие, борющиеся АЛ). В очень сложных случаях требуются месяцы и даже годы для того, чтобы сложилась полная картина диссоциативной организации личности пациента. Более того, эта организация может со временем меняться, при этом ВНЛ не всегда осознает эти изменения. Отсюда следует, что в ходе терапии диагностика структурной диссоциации должна проводиться непрерывно.

Необходимо хорошо понимать различия между ВНЛ и АЛ, так как приоритетным направлением терапии является признание существования диссоциативных частей с последующим укреплением ВНЛ и снижением частоты и интенсивности вторжений со стороны АЛ. Для того чтобы проводить эффективное лечение, терапевт должен владеть основной информацией о диссоциативных частях пациента: об их ментальных действиях (например, восприятии, принятии решений, чувствах, воспоминаниях, фантазиях) и поведенческих актах, а также понимать, какая именно система действий опосредует их активность, знать, какие условные стимулы запускают их (ре)активацию и, наконец, уровень их психического функционирования.

Возможно, самые большие трудности возникают при диагностике пациентов, у которых диссоциативная часть, представляющая их в терапии, сочетает черты ВНЛ и АЛ. Такие части, как правило, дисфункциональны, и в основе мотивации их действий лежит чувство страха. Их поведенческие и социальные защиты и фобии, связанные с травмой, очень глубоки. Главными приоритетами при лечении таких пациентов являются их внутренняя и внешняя безопасность. Понимание и сочувственное отношение к их сильной потребности в безопасности снижает риск неудачи лечения.

Информирование о диагнозе

Многие пациенты приходят в терапию с чувством, что на них стоит клеймо «сумасшедшего» или «странного» и у них есть опыт соответствующего отношения к ним со стороны других людей. Психиатрические ярлыки, навешиваемые на проблемы пациента, действуют угнетающе и могут провоцировать преждевременное прерывание терапии, поэтому результаты диагностики должны сообщаться пациенту своевременно и с осторожностью по мере того, как становится понятно, что пациент может справиться с полученной информацией о себе. Терапевт должен быть честным и откровенным в отношении диагноза и результатов обследования, в том числе сильных и слабых сторон

пациента (Ogden et al., 2006). Сообщая пациенту об итогах диагностических бесед, терапевт должен использовать понятный для пациента язык, на котором он способен поддерживать коммуникацию.

Пациент будет в состоянии дать информированное согласие на лечение только в том случае, если терапевт поможет ему принять и понять диагноз и план лечения. В связи с этим очень важно, чтобы темп, с которым терапевт разъясняет пациенту общие сведения о психической травме и ее последствиях, делится с ним результатами обследования и оказывает эмоциональную поддержку, соответствовал тому уровню тенденций, который доступен пациенту в данный момент. Пациенту будет легче начать сложный процесс терапии, если он чувствует, что терапевт принимает, понимает и поддерживает его. При обсуждении диагноза и основных параметров лечения терапевт и пациент затрагивают следующие темы: 1) проблемы пациента и их возможная связь с травматической структурной диссоциацией; 2) сильные и слабые стороны пациента; 3) что пациент и терапевт могут сделать как «терапевтическая команда» для совместного решения обозначенных проблем; 4) как диссоциативные части могут взаимодействовать друг с другом и терапевтом.

У некоторых диссоциативных пациентов обсуждение диагноза, даже если оно проводилось в самой деликатной форме, может вызвать состояние декомпенсации. Их фобии травматических воспоминаний, диссоциативных частей, ментальных действий, связанных с травмой, могут быть настолько сильными, а психический уровень таким низким, что они просто не в состоянии справиться с осознанием того, что у них расстройство, вызванное психической травмой. С другой стороны, отказ от информирования пациента о диагнозе и его последствиях может быть вреден для пациента, пытающегося понять и осмыслить свои сложные и мучительные симптомы. Несмотря на ограничения способности к интеграции, пациент при поддержке терапевта может найти в себе силы постепенно осознать природу своего диагноза.

СТАДИЯ 3. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ, ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ИСТОРИИ ПАЦИЕНТА

Оценка диссоциативных частей пациента и их действий осуществляется на протяжении всей терапии, особенно в сложных случаях структурной диссоциации. Необходима систематическая диагностика структурной и динамической организации частей личности, их функций и ограничений. С этой целью терапевт осуществляет анализ на трех уровнях: структурном, функциональном и историческом.

Анализ структуры личности пациента

Для эффективного лечения необходима глубинная оценка структуры личности пациента. Поэтому терапевт и пациент совместно исследуют наличие диссоциативных частей и их ключевых черт, но только в том случае, когда

пациент готов к этому. Структурный анализ содержит следующие компоненты: 1) оценку уровня развития частей и их самостоятельности (в том числе реальной и субъективно воспринимаемой данной частью сепарации и автономии от других диссоциативных частей); 2) оценку и сопоставление целей различных частей и личности пациента в целом; 3) оценку действий (под)систем и образов действия, опосредующих различные части; 4) оценку общего психического уровня различных частей и личности в целом; 5) выявление доступных и недоступных пациенту тенденции, а также предпочитаемых пациентом тенденций к действию.

Психический уровень. Психический уровень пациента зависит от общего уровня *психической энергии* и *эффективности* и динамики отношений между ними. О психическом уровне пациента судят по внешним признакам качества действий пациента, а именно по тому, способен ли пациент намеренно и осознанно начинать, осуществлять и завершать действия. Чем ниже психический уровень, тем больше пациент (или определенная диссоциативная часть) прибегает к замещающим или дезадаптивным действиям, при этом его (или ее, то есть части) мышление и поведение будет скорее дорефлективным, чем рефлективным. Терапевту важно определить, что требуется в первую очередь: подъем уровня психической энергии, психической эффективности или же и то и другое, поскольку этим задачам соответствуют разные терапевтические стратегии (см. главу 12). Например, у Мэри была очень сильная депрессия, поэтому ей было трудно покинуть постель, и она могла часами сидеть на одном месте, уставившись в стену напротив. Ее психическая энергия была слишком низкой, и терапевт ослабил депрессивную симптоматику при помощи медикаментозного лечения и когнитивной психотерапии. Другой пациент, Джозеф, обычно находился в состоянии гипомании. Он не мог спать, постоянно перескакивал с одной мысли на другую, был не в состоянии довести какую-либо мысль до конца и употреблял слишком много спиртного. Уровень психической энергии Джозефа, в отличие от Мэри, был очень высок, однако его психическая эффективность была также крайне низкой. Поэтому интервенции терапевта Джозефа были направлены на повышение психической эффективности – прекращение употребления алкоголя, лекарственная терапия и поощрение соблюдения распорядка дня. Часто неудачи терапии связаны с тем, что терапевт допускает неточности в оценке проблем, относящихся к этим разным аспектам психического уровня.

При хронической травме часто наблюдаются сильные колебания психического уровня, в зависимости от сферы функционирования. Например, пациент прекрасно справляется с работой, однако дома он не может адекватно функционировать. Поэтому терапевту необходимо оценить психический уровень пациента в разных ситуациях, а также отдельно психический уровень его ВНЛ и АЛ.

Навыки. Навыки подразумевают способность осуществления тенденций к действию, уровень которых адекватен требованиям данной ситуации.

Как уже говорилось, у многих пациентов с историей детской травмы просто не было возможности сформировать адекватные психические, коммуникативные и другие навыки в жизненно важных сферах. К основополагающим навыкам относятся следующие способности: 1) внутренней регуляции тенденций (аффектов и импульсов), в том числе справляться с дистрессом, самоуспокоение, обращение за помощью и поддержкой, регуляция социальных эмоций, таких как ненависть к себе, стыд и вина; 2) выносить одиночество; 3) вербализации вместо отыгрывания; 4) присутствовать в настоящем (психическая вовлеченность и презентификация); 5) эмпатии к себе и другим; 6) поддерживать социальные и близкие связи с другими; 7) различения внутренней и внешней реальности, например, осознание того, что испытывать гнев как чувство и действовать в гневе – не одно и то же, что повторное проживание травматического опыта во внутреннем мире не означает повторения травматической ситуации во внешней реальности; 8) способность точно оценивать происходящие в настоящем события и их контекст, отличать прошлое и будущее от настоящего; 9) способность точно воспринимать и понимать намерения и мотивы других людей и свои собственные (ментализация). Необходимо оценить сильные и слабые стороны пациента во всех этих областях, учитывая, что одни части могут обладать большим количеством и репертуаром навыков, чем другие.

Структурный анализ, таким образом, позволяет получить представление о главных характеристиках диссоциативных частей и навыках, которыми они обладают, а также о функционировании диссоциативных частей пациента в качестве сложной личностной системы вообще и в конкретных ситуациях.

Анализ функционирования личности пациента

Далее следует оценка функционирования личностной системы пациента в целом. Терапевт проясняет, какие средства и стратегии пациент использует для того, чтобы достичь целей, которые он ставит перед собой, насколько эффективны усилия пациента, а также в какой степени цели пациента соответствуют стоящим перед ним задачам адаптации. Важно выявить области, в которых пациент функционирует хорошо (то есть сферы, относительно не затронутые травматическими переживаниями и дефицитом навыков), и области, в которых функционирование пациента нарушено (Ogden et al., 2006). Кроме того, необходимо выяснить причины нарушения функционирования пациента в повседневной жизни: происходит ли это в силу серьезного дефицита навыков, низкого психического уровня или серьезных внутренних конфликтов между диссоциативными частями; а также понять, проявляется ли нарушение функционирования всегда, во всех ситуациях или только в отдельных сферах жизни пациента.

Терапевт выявляет степень сформированности разных систем действий и степень адаптивности пациента (или диссоциативной части) при активации каждой системы. Определяется, какие из систем действий являются функциональными и активируются при необходимости и какие системы яв-

ляются недостаточно или чрезмерно активированными и дисфункциональными. Например, пациент может слишком много учиться (исследовательская система) и при этом недосыпать (регуляция энергии), потому что учеба приносит удовлетворение через внешнее подкрепление и помогает изолировать сознание от телесных ощущений, реактивирующих травматическое воспоминания и сновидения.

Терапевт определяет степень *согласованности* различных систем действий, что является признаком уровня (дез)интеграции, то есть речь идет о том, как разные части взаимодействуют друг с другом. Есть ли между ними сотрудничество или они конкурируют друг с другом? Каков уровень конфликтности между частями? Каковы основные конфликты? Есть ли совпадения у двух или нескольких частей в отношении определенной цели (например, безопасности)? Каков уровень когнитивного и эмоционального понимания друг друга, эмпатии, антипатии, сотрудничества, готовности к переговорам? Какова внутренняя динамика частей? Какие основные факторы обеспечивают переключение между частями? Какие замещающие действия поддерживают структурную диссоциацию?

Терапевту также важно понимать, как пациент (и разные диссоциативные части) функционируют в тех или иных конкретных обстоятельствах. Он определяет тенденции, которые пациент задействует в значимых ситуациях (во отношениях с другими людьми, при исполнении обязанностей на работе), и степень адаптивности этих тенденций. Терапевт анализирует ситуации, в которых проявляются симптоматические действия, в том числе патологические состояния измененного сознания, переживания, соответствующие слишком высокому или слишком низкому положению в иерархии уровней реальности, гипо- и гипервозбуждение и другие замещающие психические и поведенческие действия, такие как злоупотребление психоактивными веществами, самоповреждение, дезадаптивные фантазии, убеждения и др.

Благодаря этому терапевт начинает лучше понимать, каким образом диссоциативные части достигают своих целей, насколько они адаптивны, действуя в контексте той или иной ситуации, то есть терапевт получает представление о психическом уровне пациента. Терапевт также может узнать, какие именно условные стимулы вызывают те или иные реакции частей в данной ситуации, на что направлены при этом действия разных частей, каковы последствия реакций/действий, например, позитивное или негативное подкрепление или наказание (см. главу 10). Такой анализ должен также принимать во внимание *качество* действий.

Сандра, пациентка с НДР, рассказала терапевту о неприятных реакциях, которые возникали у нее каждый раз, когда один из ее коллег подходил к ней сзади и слегка похлопывал ее по спине. В таких случаях Сандру охватывало оцепенение, реакция казалась ей нелепой и непонятной, тем более, что подобное прикосновение ей нравилось и она была уверена,

что не испытывает при этом страха. При подробном исследовании выяснилось, что для АЛ Сандры эта ситуация была пугающей, так как она боялась повторения сексуального насилия, которое когда-то по отношению к ней совершал человек, приближавшийся к ней со спины.

Анализ истории пациента

Помимо фактов истории жизни пациента, терапевт должен также знать, какие именно тенденции использовались пациентом в ходе его развития.

Хотя Джон, пациент с НДР, очень хотел начать терапию, в ходе сеансов он был очень беспокойным. Со временем терапевт узнал, что во время их встреч истощенная и деморализованная ВНЛ Джона все время слышит гневный голос, который настаивает на том, чтобы Джон покинул кабинет терапевта, и угрожает ей неприятностями, если она не подчинится этому требованию. Постепенно выяснилось, что диссоциативная часть, сердившаяся на ВНЛ Джона за ее желание пройти терапию, не хотела вступать в отношения привязанности и ощущать себя зависимой от терапевта, так как боялась, что это приведет к повторению страданий. Таким образом, беспокойное состояние Джона во время терапевтических сессий объяснялось внутренним конфликтом между ВНЛ и АЛ, которая гневалась на эту ВНЛ. Терапевт также узнал, что ВНЛ Джона в целом справлялась с повседневными делами, хотя время от времени испытывала вторжения со стороны АЛ. Через процессы обусловливания ВНЛ Джона научилась избегать травматических воспоминаний и связанных с ними АЛ, так как это помогало ему справляться со страхом других диссоциативных частей своей личности. Однако избегание требовало от Джона постоянных усилий, что привело к перерасходу психической энергии. Между тем, чем более истощенной становилась ВНЛ Джона, тем больше она подвергалась вторжениям АЛ, что выражалось в состояниях флэш-бэк и внутренних голосах. В итоге постоянные вторжения АЛ и истощение нарушили способность ВНЛ Джона участвовать в повседневной жизни. Он уже не мог справляться со своей работой, результатом чего были материальные, социальные и эмоциональные потери, что привело к сильной фрустрации и значительному понижению психической эффективности. Терапевту также стали известны пусковые ситуации, вызывающие у Джона особые реакции, связанные с его травматическим опытом. Его испуганная АЛ воспринимала босса как человека из прошлого Джона, насильника, действия которого стали причиной психической травмы Джона. Когда Джон находился дома один, он слышал критический, гневный голос, рекомендующий ему нанести себе повреждения. Это было реакцией на чувство одиночества и подавленности, когда ВНЛ не находила ничего, что могло бы занять ее и отвлечь внимание. Таким образом, именно на разрешение этих проблемных ситуаций могли быть направлены интервенции терапевта.

На основании результатов такого подробного анализа могут быть сделаны определенные выводы относительно хода терапии. Например, из того, что мы узнали о Джоне, следует, что прежде всего необходимо помочь его ВНЛ найти такие способы избегания вторжений АЛ, которые были бы эффективными, то есть вели к повышению психического уровня ВНЛ Джона и его личности в целом. Из проведенного анализа также следует, что психический уровень Джона является слишком низким для интегративных действий, таких как признание существования АЛ или взаимодействие с ними, не говоря уже об интеграции травматических воспоминаний. Кроме того, мы можем видеть, что и некоторым АЛ требуется срочная помощь для того, чтобы они смогли почувствовать себя в большей безопасности, что ослабило бы их потребность в замещающих действиях. Другие АЛ нуждаются в интервенциях, направленных на отношения привязанности, чтобы они могли справиться со своим страхом перед отношениями зависимости и привязанности и, соответственно, сопротивлением их установлению.

Анализ связанных с травмой фобий

В терапии основное внимание уделяется фобиям, связанным с травмой. Уже во время первых диагностических бесед терапевт может осторожно расспросить пациента о его тревогах и страхах. Например, терапевт может поинтересоваться, что именно может вызвать страх у ВНЛ пациента, если эта часть его личности позволит себе испытывать определенные чувства или разышлять на определенную тему, признавать другие диссоциативные части, рассказать о чем-то терапевту. Что именно может стать источником тревоги для пациента или какой-то конкретной диссоциативной части его личности, если он позволит себе вступить в отношения привязанности? Со временем и пациент и терапевт начинают лучше понимать те невыносимые чувства, дезадаптивные убеждения, результаты (классического, оперантного и оценочного) научения, которые оказывают решающее влияние на жизнь пациента; какими навыками должен овладеть пациент; как, оставаясь в пределах психического уровня пациента, доступного ему в настоящий момент, могут быть преодолены стратегии избегания, связанные с этими фобиями.

Результаты диагностики также могут наглядно продемонстрировать, что причиной возмоных трудностей в терапии является продолжающаяся *нереализация* пациентом его травматических фобий. «Сопротивление» в терапии может рассматриваться как дезадаптивная стратегия избегания и ухода от реальности. Чувства, возникающие в отношениях с другими людьми, в том числе внутренние переживания, связанные с одиночеством, отвержением, терзания могут нести для пациента угрозу и превышать его внутренние ресурсы. Поэтому стратегии, включающие не только поведенческие акты защитного характера, но и значимые защитные маневры в ситуациях социального и межличностного общения, а также травматические фобии могут встречаться не только у отдельных АЛ, но и у всех диссоциативных частей личности пациента.

Насколько это возможно на ранних этапах терапии, терапевт предпринимает попытку разобраться, какой именно части личности пациента принадлежит та или иная фобия. Это знание является существенным подспорьем в планировании терапии, оно помогает терапевту ориентироваться по ходу продвижения лечения. Например, АЛ одной пациентки время от времени произносила одни и те же фразы: «Я люблю собак. Я хочу быть со своей собакой». Фиксация на собаках была реакцией, в которой сознание этой АЛ было сужено и ограничено воспомианиями о тех эпизодах ее детства, когда, только находясь рядом с собакой, она могла чувствовать себя в безопасности и любимой другим существом среди хаоса отношений в своей родительской семье. Вместе с тем сосредоточение на мыслях о собаке помогало ей избегать мучительных воспоминаний об отверженности и заброшенности. Вместе с тем, однако, это являлось и препятствием для сотрудничества с терапевтом в настоящем, эти воспоминания также стояли на пути осознания генерализованного страха привязанности и интенсивного избегания людей.

Если пациенту не удается избежать фобических стимулов, то он может испытать шоковые эмоции. Терапевту важно понять, в каких ситуациях возрастает вероятность регрессии пациента к замещающим действиям (например, в ситуации отвержения, одиночества, фрустрации, утраты). Следует отличать шоковые эмоции и *интенсивные адаптивные чувства:* чувства, переживание которых не сопровождается выходом за рамки адекватного психического уровня, выражение которых характеризуется рефлективностью и соответствием межличностному контексту, помогают пациенту справляться с жизненной ситуацией. Облегчение и разрядка, которые приносят эти чувства являются стойкими, а не скоропереходящими (McCoullough et al., 2003). Даже очень интенсивные адаптивные чувства, как правило, сопровождает рефлексия о самом переживании и его причинах. При переживании адаптивных чувств сохраняется способность относительно точного восприятия того, что происходит в настоящем, и основанного на этом прогнозирования возможных вариантов развития ситуации, а также значительный контроль над дорефлективными реакциями.

Анализ социального окружения пациента

Поскольку влияние социального окружения на жизнь пациента и, возможно, планируемую терапию трудно переоценить, то этот вопрос является предметом систематического изучения. Разговору об истории социальных и межличностных отношений пациента уделяют время в самом начале диагностической процедуры. В этом сегменте беседы терапевт расспрашивает пациента о его родительской семье или той среде, в которой воспитывался пациент, о его школьных годах, отношениях со сверстниками, подростковом периоде и первых романтических отношениях во взрослом возрасте. Важно также узнать о социальной поддержке, которая доступна пациенту в настоящее время, о его опыте обращения за помощью в систему здравоохранения, в том

числе к специалистам в области психического здоровья. Затем терапевт выясняет то, как сейчас пациент влияет на свое социальное окружение и как окружение воздействует на него. Для планирования лечения крайне важно знать, как значимые для пациента люди реагируют на его симптомы и поведение. Например, оказывают ли они ему поддержку, если да, то какую, или же игнорируют его, проявляя отвержение и пренебрежение? Способствуют ли они намеренно или неумышленно подкреплению симптоматических действий пациента? Представляют ли они угрозу безопасности пациента? Есть ли у них мотивы для того, чтобы препятствовать изменениям, к которым может привести терапия? Работают ли с пациентом другие специалисты в области психического здоровья, какие у них отношения с пациентом и какова может быть их роль в терапии? В том случае, если для этого есть необходимость и пациент дает на это свое информированное согласие, то терапевт может пригласить супруга/у или человека, играющего важную роль в жизни пациента в настоящем, на терапевтическую сессию вместе с пациентом и, пользуясь такой возможностью, понаблюдать за взаимодействием между пациентом и этим человеком. Терапия, план которой включает использование системы социальной поддержки пациента для достижения терапевтических целей, будет более основательной, а ее результаты – более надежными. В том случае, если значимые люди проявляют по отношению к пациенту жестокость и насилие или являются эмоционально недоступными, то изменение в социальном окружении будет иметь крайне важное значение для успеха терапии. Этот вопрос во многих случаях стоит первым в повестке терапевтического плана и, как правило, сохраняет свое значение на протяжении всего курса терапии.

Если у пациента есть дети, то терапевт обязательно должен обратить внимание на отношения пациента к его детям. В том случае, если пациент проявляет насилие по отношению к своим детям или у терапевта есть веские основания так думать, то желательно, чтобы дети пациента также прошли собеседование и, если необходимо, клиникопсихологическое обследование (Braun, 1984; Coons, 1984; Silberg, 1996). План лечения может включать также и работу с детьми пациента, если в этом есть необходимость.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ХОД ЛЕЧЕНИЯ

Одной из целей обследования является формирование общего прогноза и плана лечения (Kluft, 1993a, b). Однако иногда окончательные выводы о способности пациента к изменениям могут быть сделаны только спустя долгое время после начала терапии, так как успех зависит от повышения психического уровня пациента, что может быть сложной задачей, решение которой требует времени. Существуют система базовых критериев, которые позволяют нам определить, насколько данному пациенту подходит прохождение терапии в амбулаторном режиме. К этим критериям относятся: способность пациента

чувствовать себя в безопасности на терапевтическом сеансе, возможность регулярно посещать сеансы и оплачивать их, способность (пусть минимальная) устанавливать и поддерживать отношения с терапевтом, отсутствие серьезной психопатологии, предполагающей стационарное лечение. Терапия, скорее всего, будет неэффективной, если пациент продолжает жить или поддерживает тесные отношения с насильником или партнером, который жестоко с ним обращается. Отношения пациентов, страдающих от последствий ранней психической травмы, бывают, как правило, крайне запутанными и противоречивыми. Они являются целями терапевтических интервенций.

В клинической литературе, посвященной терапии сложных диссоциативных расстройств, описаны три подгруппы пациентов с разным прогнозом лечения (Boon, 1997; Chu, 1998a; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluft, 1994b, 1997, 1999; Van der Hart et al., 1998). Конечно, пациенты могут переходить из одной категории в другую в ходе терапии в зависимости от ее успешности. В первую подгруппу входят пациенты с вторичной и третичной диссоциацией личности. Этих пациенты обладают хорошо функционирующими ВНЛ с достаточно высоким психическим уровнем. Между диссоциативными частями их личности установилось хорошее внутреннее взаимодействие и эмпатия. У них есть очевидные достижения в социальной и профессиональной сфере, уровень их образования является достаточно высоким. Симптомы коморбидных расстройтв (например, депрессии) у этих пациентов хорошо поддаются лечению, во многом благодаря тому, что тенденции самодеструкции и связанное с ними поведение находятся под контролем и не сильно выражены. По крайней мере, основные диссоциативные части личности этих пациентов, функционирующие в повседневной жизни, имеют хотя бы минимальные эмоциональные и коммуникативные навыки, а их социальные защиты и травматические фобии доступны изменению. Лечение в этих случаях обычно проходит быстрее, а его траектория имеет линейный характер.

Во вторую подгруппу входят более сложные случаи, которые характеризуются менее функциональными ВНЛ и большей интенсивностью вторжений АЛ в повседневную жизнь. Психический уровень пациентов этой подгруппы обычно ниже, чем в первой группе. Эти пациенты, как правило, страдают личностными расстройствами II Оси*. Особенно часто в этой подгруппе встречается пограничное личностное расстройство и расстройство в виде избегания. Кроме того, в этой группе встречаются коморбидные психиатрические расстройства I Оси: аффективные расстройства, расстройства пищевого поведе-

---

* В американском классификаторе психиатрических расстройств ДСМ (DSM), начиная с 3-го пересмотра, принята многоосевая система диагностики. Первой оси соответствуют основные психиатрические расстройства, второй – личностные расстройства. Третья ось содержит описания соматических заболеваний. По четвертой оси определяют уровень воздействия стрессовых факторов, которые могут обострить симптомы психиатрического расстройства. Пятая ось представляет собой шкалу, при помощи которой оценивают общий уровень функционирования пациента. – *Прим. науч. ред.*

ния, злоупотребление психоактивными веществами. Естественно, что эти пациенты часто прибегают к защитным маневрам, которые оказывают заметное влияние на сферу их социальных и межличностных отношений. Кроме того, для пациентов этой группы характерны выраженные травматические фобии, а также недостаток навыков коммуникации и регуляции аффекта. Они испытывают серьезные трудности в отнощении координации активности различных систем действий, таких как энергетическая, сексуальная, забота о другом. Лечение в этих случаях является более сложным и длительным, часто сопровождается кризисами и госпитализациями. Фобические реакции на связанные с травмой стимулы обычно более стойкие и резистентные к коррекции.

Терапия пациентов третьей подгруппы сопряжена с еще большими трудностями. Время от времени эти пациенты демонстрируют устойчивые негативные терапевтические реакции* и испытывают огромные трудности в решении проблем повседневной жизни. Защитные маневры в социальной сфере и травматические фобии этих пациентов являются глубоко укорененными, эго-синтонными и могут быть изменены только в результате колоссальных усилий, направленных на преодоление серьезных трудностей. Психический уровень этих пациентов находится на самой нижней отметке в отличие от пациентов двух предшествующих групп. Следствием этого являются хронические шоковые эмоции, импульсивность, устойчивое функционирование с использованием тенденций низкого уровня. Отношения этих пациентов с терапевтом характеризуются либо крайней зависимостью, проявления которой они не в состоянии контролировать, либо полным отсуствием привязанности (ср.: Steele et al., 2001). Переключения между ВНЛ и АЛ этих пациентов, обычно являющиеся неуправляемыми, происходят очень часто и легко. Для их ВНЛ и АЛ свойственны элементы садомазохизма как в отношении друг друга, так и во внешних отношениях. Эти пациенты обычно характеризуются патологическими состояниями измененного сознания. У них часто проявляется тяжелое, хроническое и трудно поддающееся коррекции самодеструктивное

* Негативная терапевтическая реакция (НТР) впервые описана З. Фрейдом (см., например, «Я и Оно»). Под НТР в психоанализе понимают внезапное изменение состояния пациента к худшему после того, как он достиг значительного прогресса в анализе или терапии, значимых улучшений в функционировании. Ухудшение состояния понимается при этом как следствие активации внутреннего конфликта, в частности, между Я и Сверх-Я. Я может рассчитывать на расположение Сверх-Я, только страдая от симптомов и торможений. Улучшение вызывает внутренние атаки Сверх-Я и чувство вины, под давлением которого Я возвращается к своим симптомам. Результатом НТР может быть также преждевременное прерывание анализа или терапии. В тексте этой главы под негативной реакцией подразумевается иное. Здесь речь идет о реакциях пациента на некоторые события в терапевтических отношениях. Например, пациент реагирует яростью на предложение терапевта перенести время одной сессии в связи с какими-то объективнми обстоятельствами или на перерыв во встречах из-за отпуска терапевта, о котором пациент был информирован несколько месяцев назад. – *Прим. науч. ред.*

поведение, которое играет роль замещающего действия, суррогата, в отношении более высокоуровневых адаптивных действий. В клинической картине, которую демонстрируют эти пациенты, также часто можно встретить признаки психотических расстройств, тяжелых аффективных и личностных расстройств. Прогноз для этой подгруппы наименее благоприятен: часто лечение вынужденно ограничивается интервенциями первой фазы (Boon, 1997; Van der Hart & Boon, 1997).

РЕЗЮМЕ

Диагностика в начале работы с пациентами, пережившими психическую травму, проходит в три стадии. Сначала проводится стандартное клиническое обследование. На втором этапе терапевт проводит оценку связанных с травмой симптомов и расстройств, а также выясняет присутствие в анамнезе переживаний потенциально психотравмирующих событий – насилия, пренебрежения, утраты отношений привязанности. Оценка диссоциативных симптомов, помимо методик, основанных на самоотчете, требует также применения систематических клинических интервью, направленных на диагностику диссоциативных расстройств. Третья стадия включает систематическое изучение структуры диссоциировавшей личности пациента, того, как личность пациента функционирует, эволюции этой структуры, а также изменений функционирования пациента и структуры его личности со временем. Теория структурной диссоциации с акцентом на психологии действия задает важные ориентиры в этой совместной работе терапевта и пациента. Эта теория позволяет нам получить ясное понимание психических и поведенческих действий пациента и, если требуется, разработать для их изменения конкретный план терапевтических интервенций.

ГЛАВА 12

Помощь в формировании адаптивных действий

Общие принципы терапии

> Психотерапия будет все больше и больше двигаться к управлению психическими энергиями.
>
> *Пьер Жане* (Janet, 1937, p. 103)

> Человек должен жить в настоящем, а для этого не всегда полезно начинать каждый раз с прошлого.
>
> *Пьер Жане* (Janet, 1937, p. 102)

В этой главе мы рассмотрим принципы фазово-ориентированного лечения через призму теории структурной диссоциации и психологии действия Жане. Данный подход допускает сочетание психотерапевтических интервенций, основанных на разных теоретических посылках, однако это возможно в той мере, в которой эти интервенции помогают пациенту в развитии более эффективных психических и поведенческих действий. Эффективные действия требуют адекватного психического уровня (то есть достаточной психической энергии и эффективности при оптимальном соотношении между ними). Однако психический уровень людей, пострадавших от психической травмы, недостаточен не только для интеграции их травматических переживаний, но даже просто для хорошего функционирования в повседневной жизни. Поэтому главным принципом терапии является «психическая экономия» (Janet, 1919/1925, 1928b, 1932b), то есть поддержание необходимых для адаптивных действий уровня и баланса психической энергии и эффективности. Подобно тому как движимые стремлением достичь финансовой стабильности и уверенности в завтрашнем дне мы составляем сбалансированный бюджет и страемся его придерживаться, так и адаптация к повседневной жизни требует, чтобы мы соблюдали рамки нашего «психологического» бюджета (ср.: Ellenberger, 1970; Janet, 1919/1925; Schwartz, 1951). Мы должны производить, сберегать и разумно тратить нашу психическую энергию.

Каждая из трех фаз терапии основана на ряде экономических принципов. Во время первой фазы терапии – *стабилизации и снижения выраженности симптомов* – повышение психической энергии может быть основной целью, основой для перехода к осуществлению второй важной цели – повышения психической эффективности. Вторая фаза – *терапевтическая проработка травматических воспоминаний* – требует постоянных усилий, направленных на поддержание и повышение уровня психической энергии и эффективности для того, чтобы помочь пациенту в выполнении сложной задачи проработки травматического прошлого и его *реализации.* На третьей фазе – *интеграции личности и реабилитации* – главной задачей терапии является повышение психического уровня для того, чтобы пациент смог успешно действовать в основных жизненных сферах.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩИХ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ЭКОНОМИИ

Согласно принципам терапии, концепция которой основана на на идее психической экономии, терапевт оказывает поддержку пациенту в его усилиях по решению задач повседневной жизни и преодолению травматического прошлого, учитывая индивидуальные особенности пациента (его способности и потребности) и приспосабливаясь к его ритму в терапии. Некоторые индивиды, пережившие в детстве хроническую травму, имеют достаточно высокий уровень психической энергии, однако испытывают трудности в поддержании адекватной психической эффективности. Их действия дезадаптивны, по крайней мере, в некоторых важных областях жизнедеятельности. Пациенты, находящиеся на более глубоких стадиях «посттравматического упадка» (Titchener, 1986), как правило, сталкиваются с еще более серьезными проблемами адаптации. Они испытывают недостаток и психической энергии, и психической эффективности, что приводит к хроническому состоянию истощения и нарушениям функционирования в повседневной жизни. Выбор интервенций зависит от уровня психической силы, эффективности и баланса этих двух параметров. Терапевт должен по возможности точно оценивать и обязательно учитывать в последующей работе актуальное состояние психической экономии пациента. Если терапевт переоценит психический уровень пациента, то он, скорее всего, преждевременно будет использовать интервенции, рассчитанные на такие психические и поведенческие действия, которые могут оказаться слишком трудными, и, как следствие, пациент будет испытывать разочарование и подавленность. С другой стороны, недооценив психический уровень пациента, терапевт может впасть в другую крайность и стать чересчур осторожным в продвижении вперед. Терапевт вместо того, чтобы помогать пациенту в решении посильных для того задач по интеграции травматичсекого опыта, может, например, иногда незаметно для себя вступить в «сговор» с ВНЛ пациента и поддерживать ее действия, направленные на избегание травматических воспоминаний.

Аналогично управлению финансами и в отношении психической экономии действуют четыре простых принципа, основанных на динамическом взаимодействии психической энергии и эффективности: 1) *повышение доходов* (психической и физической энергии); 2) *снижение или устранение ненужных трат* (психической энергии); 3) *уменьшение или погашение долгов,* то есть завершение основных незаконченных действий (эмоциональных, исторических, межличностных, дел в повседневной жизни и пр.), которые понижают психическую энергию и тормозят повышение психической эффективности; 4) *рациональное использование доходов* (*энергии*) благодаря повышению психической эффективности, то есть инвестиции в формирование более адаптивных действий.

Формирование безопасных терапевтических отношений и поддержание внешних параметров и правил терапии

Одной из основных проблем людей, пострадавших от психической травмы, является то, что они, с одной стороны, часто воспринимают отношения привязанности как угрозу и поэтому избегают их, а с другой – боятся утраты отношений привязанности. В своих отношениях в прошлом они испытали боль и ужас предательства и утраты, поэтому они боятся повторения этого в настоящем. Перцептивно-моторные циклы таких пациентов находятся под сильным влиянием защитной системы, поэтому их внимание чрезмерно фокусировано на возможных сигналах опасности, которые могут появиться в отношениях с другими людьми. Связанный с этим паттерн приближения–избегания (мы рассмотрим его более подробно в главе 13) задает контекст, в котором разворачиваются терапевтические отношения (Steele et al., 2001).

Безопасные и надежные терапевтические отношения сопособствуют постепенному улучшению психической эффективности пациента: мы функционируем лучше всего, когда находимся в контексте отношений надежной привязанности, обеспечивающих хорошую регуляцию психофизиологических процессов (Bowlby, 1969/1982; Schore, 2003a, b). Отношения надежной привязанности открывают для пациента возможность проверки правил «если – то», основанных на опыте отношений и действующих в межличностной сфере, которые могут носить как адаптиный, так и дезадаптивный характер. Например, если эти правила попробовать выразить словами, то они могут выглядеть так: «Если я сильно разозлюсь, она уйдет от меня», «Если мне грустно, она не смеется надо мной, она действительно слушает меня». В ходе терапии пациент постепенно обучается адаптивным психическим и поведенческим действиям в отношениях с другими людьми. Надежная привязанность – это рабочая модель, для формирования которой пациенту требуется опыт длительных терапевтических отношений, поэтому работа над этим занимает большую часть терапии. В отношениях надежной привязанности через межличностное взаимодействие происходит улучшение внутренней регуляции индивида и, сле-

довательно, повышение психической эффективности. Отношения надежной привязанности сами по себе свидетельствуют о более высокой психической эффективности в межличностной сфере. Это означает, что индивид чаще делает точные и реалистичные, чем ложные, прогнозы касательно отношений.

Фазовоориентированное лечение протекает успешно, когда терапевт и пациент совместными усилиями, начиная с первой сессии, формируют безопасные терапевтические отношения, а также договариваются об основных параметрах и правилах совместной работы и их соблюдении. Создание надежных терапевтических отношений и поддержание основных параметров этих отношений является sine qua non* эффективной психотерапии индивидов, переживших хроническую психическую травматизацию (ср.: Cloitre et al., 2004). Основнополагающим элементом безопасных отношений является *эмпатическая подстройка,* понятие, взятое из селф-психологии (Kohut, 1971; Rowe & Mac Isaac, 1991). К аспектам эмпатической подстройки терапевта относятся: эмпатия к тому, как пациент переживает самого себя и других людей; понимание и знание диссоциативных частей пациента и адаптивное взаимодействие с ними; способность терапевта создать условия для отношений надежной привязанности (ср.: Wilson & Thomas, 2004). Эмпатическая подстройка способствует снижению потребности пациента в защите, помимо прочего в так называемом «призывном крике» к объекту привязанности и в то же время активации других систем действий, отвечающих за отношения привязанности, социальные отношения и исследование (Cassidy, 1999; McCluskey et al., 1999). Эффективная эмпатическая подстройка возможна только в том случае, когда терапевт сам подлинно пребывает в настоящем и аутентичен, то есть способен к центральной и расширенной презентификации во взаимодействии с пациентом. Однако одной только эмпатической подстройки недостаточно для решений задач терапии, хотя она и позволяет создать такой контекст межличностного и социального взаимодействия, в котором пациент может научиться поддерживать отношения надежной привязанности. Надежная привязанность также требует четких и прочных границ и рамок (то есть параметров терапевтических отношений).

Параметры терапевтических отношений** представляют собой совокупность правил и представлений, определяющих роли и степень участия пациента и терапевта в психотерапевтической работе. Эти параметры задают структуру для ожиданий, связанных с терапевтическими отношениями (Epstein, 1994). В терапии, прежде всего, должны быть четко определены границы отношений между пациентом и терапевтом и правила терапии. С другой стороны, параметры терапии могут быть гибкими в определенных пределах,

---

* Sine qua non (*лат.*) — обязательное условие; то, без чего нельзя обойтись. – *Прим. пер.*

** The therapy frame – буквально, «терапевтическая рамка». В публикациях, посвященных психотерапии, также используются такие тождественные термины, как «сеттинг», «кадр». – *Прим. пер.*

что необходимо для поддержания отношений надежной привязанности. Такие параметры терапии, как, например, частота сеансов, правила для контактов вне сеансов – помогают формированию оптимального сочетания близости и дистанции в терапевтичсеких отношениях. Сохранение этого баланса важно для того, чтобы у пациента было больше возможностей получения поддержки в терапии, а также для того, чтобы зависимость пациента от терапии и терапевта не приобрела дезадаптивного характера. Для терапевта это важно потому, что соблюдение параметров отношений предотвращает риск чрезмерного вовлечения в дела пациента и избавляет терапевта от необходимости постоянно защищать свое личное пространство и право на свое собственное время. Если баланс удается сохранить, то уровень психической энергии и эффективности как пациента, так и терапевта будет повышаться. То, что происходит в терапии, не должно оказывать дезорганизующего влияния на жизнь пациента и терапевта, в этом помогают четко очерченные границы терапии. Например, если пациент, пользуясь правом на телефонный звонок терапевту во время кризисного состояния, будет слишком часто ему звонить, а терапевт во время терапевтических сессий будет недостаточно эффективен в обращении к теме «призывного крика» к объекту привязанности и никак не ограничит звонки пациента, то это, скорее всего, приведет к росту числа звонков, а также к росту раздражения и напряжения терапевта. Параметры терапии также относятся к тому, как пациент и терапевт сотрудничают в терапии, определяют их роли и взаимные ожидания (например: Chu, 1998a; Courtois, 1999; Dalenberg, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995). На терапевте лежит ответственность за объяснение пациенту параметров и правил терапии и поддержание их оптимальными для обеих сторон образом. Однако информирование пациента о параметрах, правилах, содержании и целях терапии не должно иметь вид диктата, а проходить в форме обсуждения (Dalenberg, 2000). Эти договоренности должны быть заключены в самом начале терапии, а их соблюдение должно тщательно отслеживаться в ходе всей терапевтических работы.

Наверное, для пациентов, страдающих от последствий хронической травмы, нет ничего более угрожающего, чем непостоянство, непредсказуемость и неопределенность. Благодаря последовательным и эмпатичным усилиям терапевта, направленным на разъяснение пациенту правил терапии, их роли в достижении успеха, а также благодаря его непрерывным стараниям по созданию и поддержанию здоровых терапевтических отношений у пациента возникает чувство надежности, поддержки, границ, которые формируют пространство для адаптивных действий и, соотвественно, безопасности. Выполняя эту задачу, терапевт эмпатично объясняет, почему, например, сессии должны начинаться и заканчиваться в определенное время, почему есть ограничения для телефонных звонков пациента терапевту, почему близкие личные отношения с терапевтом не помогут пациенту решить его проблемы, даже в том случае, если пациент испытывает крайнюю потребность в таких отношениях. Хотя некоторые авторы предлагают строгий подход к «правилам» терапии,

используя при этом формулировки в рамках строгой дихотомии «можно – нельзя», мы, все же, предпочитаем – и в этом мы солидарны с другими авторами (Borys, 1994; Dalenberg, 2000; Kroll, 2001; Lazarus, 1994; Simon, 2001) – более гибкое отношение к параметрам, регулирующим терапевтические отношения. Например, многие терапевты строго следуют правилу никогда не прикасаться к пациенту. Однако иногда прикосновение, в котором отсутствует сексуальный подтекст, может быть уместно и пойти на пользу терапии и, в конечном счете, пациенту. Прежде всего, функцией параметров терапевтических отношений является помощь пациенту в активации систем действий для решения задач повседневной жизни и, следовательно, тенденций к действию, имеющих отношение к их обыденной, не связанной с травматизацией, жизни.

В каждом конкретном случае от терапевта требуется твердое знание правил и этического кодекса профессионального сообщества, к которому он принадлежит, для выработки конкретных рекомендаций, связанных с параметрами терапевтических отношений. В дополнение к вышесказанному можно ознакомиться с рядом работ, в которых подробно рассмотрены вопросы параметров терапевтических отношений (например: Bridges, 1999; Chu, 1998a; Courtois, 1999; Dalenberg, 2000; Epstein, 1994; Gabbard & Lester, 1995; Kluft, 1993a, 1993b; Pearlman & Saakvitne, 1995).

ПОВЫШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИИ

Чтобы тратить деньги, нужно их иметь. Аналогичным образом мы должны располагать определенным запасом психической энергии, прежде чем мы соберемся использовать ее в тех или иных целях (Ellenberger, 1970). Некоторые «психические долги» и ненужные траты психической энергии могут быть помещены в фокус терапевтической работы уже в самом ее начале, тогда как другие должны быть отложены на более поздний этап терапии, так как их проработка требует большей психической эффективности. *Самая первая цель совместной работы терапевта и пациента состоит в определении тех важных для продвижения терапии ментальных действий пациента, которые доступны для него на данном этапе терапии, и в концентрации усилий на их осуществлении.* В этой связи, с одной стороны, важно поощрять пациента, чтобы это содействовало его прогрессу, с другой – следует избегать преждевременной конфронтации пациента с задачами, для выполнения которых у него еще нет необходимых ресурсов. Так, разумнее не тратить психическую энергию пациента (запасы которой, как правило, ограничены) на действия, которые пациент пока еще не в состоянии осуществить. Например, прежде пациент учится справляться с эмоциями, решать задачи в повседневной жизни, и только какое-то время спустя он может перейти к терапевтической работе с интенсивными негативными эмоциями, связанными с травматическими воспоминаниями, поскольку последнее требует гораздо больше психической энергии и эффективности.

Поиски источников психической энергии

Многие пациенты истощают свою психическую (и физическую) энергию чрезмерной работой, разными делами, компульсивной заботой о других. Например, диссоциативные пациенты часто полностью уходят в работу. Это происходит в силу серьезного сужения поля сознания и стремления диссоциативных частей фиксировать внимание на действиях той (под)системы или образа действий, которыми они опосредованы, что препятствует интеграции других потребностей, связанных с другими системами. Стресс и низкий уровень психической энергии может приводить к реактивации травматических воспоминаний, так как у пациента может быть недостаточно энергии для действий избегания. Поэтому на данном этапе работа с вторгающимися травматическими воспоминаниями вряд ли может быть главной задачей терапии. Скорее, основные усилия терапевта и пациента должны быть направлены на повышение уровня психической энергии, что требует ослабления стресса и прекращения ненужных трат энергии, способствующих возникновению состояний флэш-бэк.

На первой фазе лечения акцент должен быть сделан на обучении пациента более адаптивно пользоваться системой действий, отвечающей за управление внутренней энергией, чтобы помочь ему быстрее повысить уровень его психической (и физической энергии). Необходимо, чтобы пациент регулярно заботился о себе: имел возможность для отдыха, восстановления сил, имел полноценное питание и придерживался здоровой диеты, снизил риск заболеваний и уровень стресса, а также участвовал в тренинге релаксации. Пациент должен научиться делать паузы в течение дня, отдыхать в выходные, во время отпуска. Эти меры могут показаться банальными, и терапевты часто не обращают на них внимания, однако они важны для многих пациентов, которым необходима помощь в том, чтобы они смогли лучше заботиться о себе в самых основных аспектах.

Снижение трат психической энергии

Решение задачи увеличения психической энергии может потребовать от пациента снижения ненужных трат и разрешения проблемных ситуаций, в которых происходит постоянная утечка энергии. Прежде всего следует оценить физическое состояние пациента, узнать о возможных заболеваниях или дисфункциях органов, которые могут влиять на уровень энергии. Хронические заболевания и их воздействие на психическую энергию нельзя недооценивать (ср.: Felitti et al., 1998). К постоянному перерасходу энергии также может приводить недостаток физической или эмоциональной безопасности, излишние нагрузки, связанные с работой, тревоги, навязчивости, сложные межличностные отношения, хаотичный стиль жизни, хроническое гипер- или гиповозбуждение. Некоторые из этих факторов невозможно изменить в начале терапии из-за недостаточной психической эффективности пациента. Основ-

ной статьей расходов в энергетическом бюджете пациента является его фобическое психическое и поведенческое избегание (то есть связанные с травмой фобии). Если избегания становится меньше, то пациент получает в свое распоряжение больше психической энергии, которую он может расходовать для осуществления действий высокого уровня, то есть повысить свою психическую эффективность, и это в итоге приводит к тому, что пациент постепенно перестает пугаться явлений вторжения; в противном случае дополнительная энергия будет тратиться нерационально.

Решение вопросов безопасности. Терапия начинается с решения вопросов безопасности не только в терапевтических отношениях, но и в случае необходимости в жизни пациента (Herman, 1992b). Однако следует помнить, что даже в объективно безопасной ситуации пациенты часто чувствуют, как будто бы над ними нависла угроза (так, например, может происходить в отношениях с терапевтом). Возможно и противоположное – проявление индифферентности – из-за того, что ослаблена их способность к синтезу и персонификации стимулов, сигнализирующих об *опасности в некоторых реальных ситуациях*. От терапевта потребуются существенные усилия для того, чтобы помочь пациенту в оценке степени опасности и безопасности в тех или иных ситуациях, а также научить его эффективным действиям в случаях, когда ему действительно что-то угрожает. В самом деле, когда пациенты, страдающие от последствий психической травмы, ощущают угрозу, они тратят слишком много времени и энергии на неэффективные и порой неуместные защитные действия.

Терапия требует достижения такого уровня психической эффективности, при котором возможно рефлективное мышление. Такое мышление невозможно, когда пациент не чувствует себя в безопасности или не различает опасности. Угрозы для пациента могут также возникать и в коммуникативной или эмоциональной сферах и исходить от партнера, члена родительской семьи, склонного к эмоциональному насилию, или от эксплуатирующих пациента друзей. Эти угрозы, не связанные с физическим насилием, могут быть менее очевидны для терапевта, однако для состояния пациента они не менее значимы, чем угрозы физического плана. Кроме того, терапевту следует всегда помнить о том, что некоторые пациенты утаивают от своих терапевтов, врачей и социальных работников то, что они продолжают систематически повергаться насилию. Как правило, таким пациентам свойственна сильная структурная диссоциация личности. В терапии обычно участвует какая-то из ВНЛ, у которой либо нет доступа к воспоминаниям о фактах насилия, либо она сильно преуменьшает их значение для себя. Например, некоторые ВНЛ знают о насилии, но не осознают, что оно произошло с ними. Они убеждены, что пострадали другие части личности, которые не имеют с их Я ничего общего. ВНЛ этих пациентов могут также отрицать существование других частей личности, которые были активны во время эпизодов насилия и сосредоточили в себе травматический опыт. После некоторых терапевтических сессий или эпизодов насилия эти пациенты могут переживать кризисы, вызванные

острыми конфликтами между лояльностью насильнику/ам, подогреваемой неослабевающей надеждой на принятие и любовь, и преодолением молчания для того, чтобы получить помощь от терапевта. Этот трудноразрешимый конфликт между потребностями в привязанности и защите, который разыгрывается между диссоциативными частями, может проявляться в самонаказании, энергичном избегании диссоциативных частей, связанных с насилием, и хроническом снижении психической эффективности. Самонаказание может быть замещающим действием, которое используется как средство контроля потребностей в зависимости и инициируется частями личности, отождествляющими себя с насильником и имитирующими его поведение.

Некоторые диссоциативные части все время прибегают к замещающим действиям и избегают конфронтации с потребностями, переживаниями и опытом других частей личности, которые непосредственно вовлечены в продолжающиеся отношения насилия. Это приводит к большому расходу психической энергии и, соответственно, истощению пациента. Обычно таким пациентам требуется длительная терапия. Прежде чем такой пациент сможет чувствовать себя в безопасности, часто будет возникать необходимость в кризисных интервенциях, направленных на преодоление фобии диссоциативных частей, вовлеченных в отношения насилия, а также на разрешение конфликта, тесно связанного с проблемой травматических фобий, между преданностью и привязанностью к насильнику, с одной стороны, и самозащитой – с другой. Разрешение этих конфликтов возможно только после того, как пациент придет к пониманию того, что его желание признания и любви со стороны насильника не является реалистичным и не поможет пациенту улучшить свою жизнь. Для того чтобы достичь такого понимания, которое сопровождается болезненными переживаниями и последующим гореванием, необходимы высокий уровень интегративных способностей и *реализация* отношений насилия с последующей интеграцией травматических воспоминаний и хранящих эти воспоминания диссоциативных частей личности.

Оптимизация повседневной жизни. Пациенту, разрывающемуся между многочисленными делами, может потребоваться помощь терапевта в том, чтобы избавиться от излишнего бремени забот, которые он взвалил на свои плечи. Терапевтическая цель в этом случае заключается в *снижении трат энергии и времени на решение неважных задач, а также сокращении их количества.* Внимательное изучение повседневных дел пациентов часто показывает, что они хронически перегружают себя. Например, пациент может тратить непомерно много времени и энергии на уборку или постоянно делать что-то для других. Эти паттерны могут быть связаны с разными проблемами: стратегиями избегания; недостаточным знанием друг о друге диссоциативных частей, которые вовлечены в повседневные дела, и плохим взаимодействием между ними; неспособностью разрешать проблемы или устанавливать приоритеты; трудностями в планировании времени; неумением отстаивать свои границы. У пациентов с обсессивными чертами это может быть связано со стремлением

травматического генеза во всем достигать совершенства или доводить любое начатое дело до конца из страха наказания, чего бы это ни стоило.

Некоторые пациенты чрезмерно ориентированы на одну из сторон жизни и исключают другие. Они испытывают стресс, поскольку, например, слишком много работают или непрерывно играют в компьютерные игры, слишком замыкаются в себе и не участвуют в других важных сферах повседневной жизни. Иногда слишком большая загруженность делами связана с фобиями чувств, желаний или воспоминаний. В этих случаях бурная активность становится на службу стратегии совладания. Мэрилин Ван Дербур писала в своих воспоминаниях: «Я не осознавала этого, но таков был мой *способ выживания,* – быть настолько занятой, чтобы не оставалось времени на невыносимые воспоминания» (Van Derbur, 2004, p. 45).

Регулирование сложных отношений. Пациенты часто окружают себя сложными людьми с ненадежным стилем привязанности, аффективно лабильными, склочными, играющими на чувстве вины пациента, придирчивыми. Участие в этих отношениях требует от пациента много энергии, так как, помимо чрезмерной активации систем, отвечающих за социальные контакты, привязанность и заботу о другом человеке, в них также постоянно активированы системы защиты (например, страх отвержения и одиночества, повышенная бдительность при непредсказуемом поведении другого). Положение дел осложняется тем, что поведение самих пациентов в отношениях часто бывает сложным, непонятным и непредсказуемым, вызывает защитные реакции у других людей, в ответ на которые пациенты чувствуют, что их атаковали и отвергли. Это ведет к бесконечным повторам циклов конфликтов и запутанных ситуаций в отношениях, которые могут внутренне опустошить любого человека.

Терапевтической целью в данном случае является *построение пациентом границ в сложных отношениях* для снижения ненужных трат психической энергии. Для того, чтобы произошли изменения в том, как пациент ведет себя в межличностной сфере, необходимы терапевтические интервенции, направленные на повышение уверенности в себе и психической эффективности пациента. Практика показывает, что решение этой задачи требует много времени. Однако первый шаг в этом направлении состоит в том, чтобы помочь пациенту осознать неуместность требований, которые предъявляются ему в некоторых отношениях, а также его собственные чувства вины и обиды. После этого поэтапно пациенту сначала помогают *ослабить* давление, под которым он находится в конфликтных отношениях, а затем в итоге – в *разрешении* этих отношений.

«Погашение долгов»

Под «погашением долгов» мы подразумеваем завершение незаконченных действий. Незавершенные действия («незаконченные дела») истощают запасы психической энергии и понижают психический уровень (Janet, 1919/1925; Schwartz, 1951). Наши переживания будут преследовать нас до тех пор, пока

мы не завершим их переработку (см. главу 9). В жизни человека с историей хронической травматизации обычно много больших и малых незавершенных действий и дел. К этим делам относятся и ненормативное прохождение стадий жизненного цикла и неразрешенные конфликты прошлого, в том числе связанные с опытом неудачного обращения в службы психического здоровья, незавершенные проекты, прерванное обучение, отношения и, безусловно, травматические воспоминания.

Для завершения незаконченных психических и поведенческих действий необходим достаточный уровень психической энергии и эффективности. Однако, к примеру, если кто-то вдруг захочет погасить задолженность по налогам, накопившуюся за много лет, сразу одним платежом, то, скорее всего, эта задача окажется ему не под силу, но помыть посуду и оплатить просроченные счета за последний месяц – вполне решаемая задача. С точки зрения эмоциональных долгов, разрешение менее сложных вопросов, таких как недовольство работой сантехника, пытавшегося исправить утечку в ванной, гораздо проще и требует значительно меньшей психической эффективности, чем решение вопросов, связанных с поведением партнера, позволяющего себе эмоциональное насилие. Все же последовательное решение проблем постепенно дает результат: рост уверенности пациента в себе. «Погашение долгов» предполагает завершение всех незаконченных дел, однако *первой* реалистичной целью в начале терапии является сдерживание роста количества незавершенных дел. В целом важно, чтобы пациент воспринял идею о завершении незаконченных действий как важный и необходимый аспект его жизни, в том числе терапии.

ПОВЫШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Даже когда у пациентов нет проблем с психической (и физической) энергией, им, как правило, недостает психической эффективности. Принцип повышения психической эффективности предполагает развитие навыков пациента управлять исполнением все более сложных психических и поведенческих действий, помогающих адаптации в меняющихся условиях. К этим навыкам, помимо прочего, относятся способность определять приоритеты и корректировать свои цели в соответствии с актуальной ситуацией, взвешивать краткосрочные и долговременные затраты и выгоды (основных) действий, а также учитывать свои потребности как целостной личности. Это особенно сложно для диссоциативных пациентов, потому что одни части их личности могут иметь смутное представление (или вовсе ничего не знать) о потребностях других частей. Таким образом, они не могут интегрировать эти потребности или находятся в состоянии открытого конфликта с другими частями и их целями.

Если избыток психической энергии сочетается с недостатком психической эффективности, так что энергия не может быть направлена на решение насущных задач и достижения адаптации, то результатом такой ситуации будет рост возбуждения, тревоги и активация тех или иных замещающих действий.

В этих случаях отдых, рекомендуемый при недостатке психической *энергии,* противопоказан, поэтому предпочтительной альтернативой здесь будут умеренные умственные и физические нагрузки.

Поощрение со стороны терапевта

Терапевт поощряет пациента к осуществлению более сложных и затратных действий (Janet, 1909a), по мере того как рост психической эффективности пациента позволяет ему это (Janet, 1919/1925). Поощрение может быть эмоциональным, когнитивным или поведенческим и обычно состоит в стимуляции любознательности пациента, пробуждении у него желания учиться и меняться, то есть связано с активацией исследовательской системы действий. Для этого пациент уже должен обладать достаточной (латентной) психической *энергией* и психической эффективностью. К техникам поощрения относится широкий круг терапевтических интервенций, начиная от предоставления психологических знаний* до побуждения пациента к решению сложных задач адаптации.

Терапевт должен помочь пациенту воспользоваться имеющимися у него возможностями для осуществления полезных действий, приносящих радость и удовлетворение. Такие действия повышают психическую эффективность, поскольку пациент вкладывает энергию не в сомнительные проекты, а в ментальные и социальные активы, приносящие хороший доход, а также в обучение тому, как сделать свои инвестиции более выгодными. Пациент учится применять эмоциональные, когнитивные, моторные и социальные навыки так, чтобы это приводило к росту «личностного» капитала. Постепенно может произойти генерализация улучшения психической эффективности, выражающаяся в повышении уровня действий в других сферах жизнедеятельности и в разных поведенческих системах.

Предоставление психологических знаний

Предоставление пациенту психологических знаний, релевантных его проблеме, является важным средством повышения уровня психической эффективности пациента. Оно связано с предоставлением значимой информации, которой по тем или иным причинам пациент не располагает или не понимает. Узнавая новое о функционировании своей психики, пациент начинает прислушиваться к себе, больше размышлять, приобретает способность воздерживаться (см. главу 9) от непосредственных импульсивных (ре)акций. Предложение пациенту сделать паузу и задуматься над тем, что с ним происходит, способствует активации тенденций более высокого уровня. По сути, акт мышления

* Psychoeducation (*англ.*) – разнообразные психотерапевтические интервенции, как правило, применяемые к рамках когнитивно-бихевиорального подхода (а также и в других видах психотерапии), которые сводятся к предоставлению психологических знаний, психологическому просвещению пациента. Обычно в рамках данных интервенций пациенту сообщаются психологические знания, релевантные его проблеме или психическому расстройству. – *Прим. пер.*

о ментальных действиях является метакогнитивной операцией и относится к действиям более высокого уровня.

Прежде чем приступить к психологическому просвещению пациента, терапевт проводит функциональный анализ актуального психического уровня пациента, его страхов и фобий (глава 11). Усилия терапевта по психологическому просвещению пациента будут результативными, если он примет во внимание следующие рекомендации самого общего характера: 1) объяснять пациенту только то, что он способен синтезировать и осознать в данный конкретный момент; 2) время от времени повторять то, что было сказано ранее, так как обучение часто требует повторения; 3) отказаться от мысли, что пациент в точности понимает то, что вы ему говорите. Хорошо известно, что диссоциативные пациенты с большим трудом интегрируют новые представления и идеи, которые не согласуются с их мировоззрением, создают когнитивный диссонанс или вызывают болезненные чувства. Искажение того, что сообщает им терапевт, могут быть вызваны неточностью восприятия, дорефлективными убеждениями, а также блокированием поступающей извне информации некоторыми диссоциативными частями. По этой причине при интервенциях психологического просвещения терапевт часто делает аудиозапись своего сообщения на внешний носитель и передает его пациенту с тем, чтобы тот мог самостоятельно прослушать запись беседы дома. Иногда полезно порекомендовать пациенту какие-то книги или статьи для дополнительного чтения, а также предложить ему другие домашние задания. Однако, прежде всего, пациенту требуется практика: мастерство приобретается повторением.

Интервенцию психологического просвещения время от времени, по мере необходимости, осуществляют по ходу терапии, так как это терапевтическое действие помогает достижению некоторых конкретных целей лечения на разных его фазах. В начале терапии будет полезно объяснить пациенту природу травматизации и структурной диссоциации, учитывая, конечно, возможности пациента интегрировать эту информацию. Терапевт также помогает пациенту понять, для чего вводятся и фиксируются параметры терапевтических отношений, идею фазовоориентированного лечения; объясняет результаты диагностики, то есть диагноз и связанные с ним проблемы; роль, которую терапевтические отношения играют в лечении. Важно обсудить терапевтический контракт и цели терапии, в том числе и то, что должен делать пациент для их соблюдения и достижения. Большую пользу также может принести обучение пациента основным жизненным навыкам, таким как здоровое питание, гигиена сна, гимнастика и отстаивание своих границ.

Пациенты могут нуждаться в психологических знаниях, которые помогли бы им сбалансировать их активность в повседневной жизни, то есть достичь равновесия между разными системами действий их личности. Терапевт должен помочь пациенту откладывать немедленное исполнение действия и сначала обдумывать цели, способствуя, таким образом, усилению презентификации пациента в данный конкретный момент и в течение более продолжительного

времени. Пациентам также требуются знания и поддержка в том, как ослабить защитные тенденции одних диссоциативных частей в отношении других и как развивать внутреннюю эмпатию и заботу у всех частей личности (то есть внутренне активировать системы заботы и коммуникабельности).

Исследование «сопротивления»

Сопротивление можно определить как попытку пациента защитить свою уязвимость (Messer, 2002; Rowe, 1996; Stark, 1994) и сохранить существующее положение дел, в том числе структурную диссоциацию личности для того, чтобы предотвратить пугающую дестабилизацию. К сопротивлению относят «все формы поведения в терапевтической системе, которые препятствуют достижению терапевтической системой поставленных целей [пациента]» (Anderson & Stewart, 1983, p. 24). Терапевт также может проявлять *контрсопротивление* как защиту самого себя от пугающей дестабилизации, вступая в неосознанный сговор с теми силами в пациенте, которые препятствуют достижению адаптивных изменений в терапии (Strean, 1993). Например, терапевт, чья система действий заботы о другом, находится в гиперактивном состоянии, может неосознанно действовать в терапии таким образом, следуя сильному мотиву быть нужным для другого человека, что его действия будут направлены против укрепления самостоятельности пациента.

У диссоциативных пациентов сложилась плохая репутация «сопротивляющихся» и «не готовых к терапии». Их сопротивление, варьирующее от демонстрации полного отсутствия доверия терапевту и нарушения границ терапевтических отношений до крайнего избегания всего, что касается травматических воспоминаний, характеризуется как «разрушительное» (Chu, 1988a, 1988b). Однако в некоторых случаях «сопротивление» этих пациентов отчасти может быть объяснено понятными реакциями на ошибки и плохое понимание пациента со стороны терапевта, который недооценивает роли травматизации в проблемах пациента и ее влияние на терапевтические отношения и поэтому прибегает к неадекватным терапевтическим интервенциям. Даже с опытные терапевты могут столкнуться с таким «сопротивлением». Так, терапевт может по неосторожности неумышленно вызывать у пациента реакции, с которыми тот не в состоянии справиться, если нарушит отношения привязанности или преждевременно станет прибегать к интервенциям, которые предполагают у пациента способность к адаптивным действиям, которые для того пока еще недоступны (Hahn, 2004; Messer, 2002; Rowe, 1996).

Сопротивление неизбежно и вездесуще, и терапевт должен постоянно стремиться к пониманию причин сопротивления. Однако для прогресса в терапии часто имеет большее значение не само сопротивление, а то, как терапевт отвечает на него. Многие психологические теории и терапевтические подходы уделяют много внимания работе с сопротивлением (например: Anderson & Stewart, 1983; Blum, 1986; Ellis, 1962; Horner, 2005; Leahy, 2001; McCullough et al., 2003; Messer, 2002; Stark, 1994). Большинство из них согласны с тем,

что *одной из основных интервенций является эмпатическое понимание терапевта и работа с сопротивлением пациента, а не противостояние ему.*

Сопротивление включает защитные действия пациента, направленные на *избегание* того, что вызывает страх, и часто само является следствием избегания интеграции пугающих аспектов опыта, таких как чувства, воспоминания или межличностные конфликты. Действительно, наше понимание сопротивления опирается на знание связанных с травмой фобий. Например, пациенты сопротивляются привязанности к терапевту (фобия привязанности), признанию своих чувств (фобия действий, производных от травматического опыта), принятию диссоциативных частей (фобия диссоциативных частей), потому что они боятся, что эти действия приведут к негативным последствиям. Таким образом, пациент продолжает следовать дезадаптивным «если – то» правилам: «Вы либо причините мне боль, либо покинете меня»; «Я не вынесу своих чувств», «Люди будут плохо ко мне относиться, если я буду злиться»; «Эта часть плохая, и если я приму ее, я тоже буду плохой». Хотя преодоление этих фобий и полноценная интеграция (синтез, персонификация и презентификация) приведут к позитивным, а не негативным изменениям, однако пациент этого пока не осознает, поэтому для терапевта важно узнать, что может встревожить и напугать пациента при работе с тем или иным сопротивлением (например: McCann & Pearlman, 1990).

Одна из функций сопротивления состоит в том, чтобы закрыть определенные перцептивно-моторных циклы от стимуляции извне или изнутри, которая может восприниматься пациентом (или отдельными диссоциативными частями) как угрожающая. Пациент боится, что эти новые действия (осознание чувств, забота о себе, диалог с другими частями) нарушат пусть ригидное, но устойчивое состояние личности и станут причиной дестабилизации. Однако достижение терапевтических целей предполагает изменение, которое возможно только в том случае, если дезадаптивные перцептивно-моторные циклы дестабилизированы и пациент добился успеха в их адаптивной реорганизации. Между тем, сопротивление, как правило, требует меньшего уровня психической эффективности, а иногда и меньшей энергии, чем совладание с дестабилизацией фиксированных психических и поведенческих действий и их последующая адаптивная реорганизация. Другими словами, сопротивление обычно состоит из замещающих психических и поведенческих действий.

Для успешного преодоления сопротивления терапевту следует быть восприимчивым к сигналам со стороны пациента, сообщающим об ошибках терапевта или об утрате им контакта с внутренним миром пациента, а также понимать страх и боль пациента, из которых вырастает сопротивление. Поэтому терапевт будет более эффективным, если он не занимает авторитарной позиции в отношениях с пациентом; открыт для обмена мнениями и эмпатичен к замедлению прогресса в терапии; понимает ценность разных подходов к решению проблем; избегает уговоров и критики; использует интервенции психологического просвещения, только получив согласие пациента; призна-

ет за пациентом свободу выбора; не слишком усердствует в побуждении пациента к изменениям; понимает, что изменения требуют времени и не могут быть навязаны. Терапевт должен избегать активации собственной защитной системы, когда он работает с пациентом, и использовать действенные сочетания привязанности, социальных отношений, исследования и игры.

Формирование навыков

Пациенты с историей хронической детской травмы обычно имеют серьезные пробелы во владении навыками, необходимыми в разных сферах жизни, главным образом из-за того, что в детстве рядом с ними не было подходящих моделей для обучения этим навыкам. Вместо необходимых навыков они научаются у своих моделей дезадаптивным стратегиям совладания через имитацию тенденций низкого уровня либо пытаются справиться со своими проблемами, не получая адекватной поддержки в отношениях с другим человеком. Доминирование защитной системы у жертв психической травмы нарушает их способность научения в социальных ситуациях. В литературе в основном описаны нарушения навыков регуляции аффектов, импульсов и отношений (Allen, 2001; Chu, 1998a; Courtois, 1999; Gold, 2000; Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990; Van der Kolk et al., 1996). Пациенты должны овладеть этими базисными психическими навыками, как и многими другими, способствующими развитию и поддержанию высокого психического уровня и оптимального баланса между энергией и эффективностью. В значительной степени эти навыки поддерживают нашу способность адекватно интегрировать наши переживания, помогая преодолевать превратности внешнего и внутреннего мира, сохраняя внутреннее равновесие и не утрачивая самообладания.

Структурная диссоциация является серьезной помехой в приобретении навыков, особенно если терапевт не понимает того, что не все части могут одновременно обучаться какому-то навыку и не все они овладевают навыками в одинаковой степени. Недостаток интеграции между системами действий мешает адаптивным регуляторным функциям, стабилизирующим психические и поведенческие действия. Например, навыки регуляции ВНЛ действуют в определенных границах, задаваемых структурной диссоциацией, поэтому бурные проявления эмоций АЛ часто оказываются вне пределов их досягаемости. Порой все части нуждаются в специальных навыках, таких как регуляция аффекта. Если хотя бы одна часть обладает неким навыком, терапевт должен постараться, чтобы эта часть поделилась им с другими частями, а не полагалась на то, что терапевт обучит их этому навыку сам. Одной из важных задач является обучение диссоциативных частей умению слышать и лучше понимать друг друга. Также необходимо научить их взаимодействию и умению договариваться между собой, делиться навыками, которыми они владеют. При этом важно, чтобы общими для большего числа частей становились не только символические тенденции, но и досимволические, такие, например, как телесные ощущения, а также способность понимать эмоциональное состояние других

частей. Другими словами, овладение этими способами внутренней регуляции поможет достижению терапевтических и других, связанных с терапией целей без ненужных трат, а, может быть, и с экономией энергии.

Как правило, для обучения пациента навыкам применяют методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии (Allen, 2001; Chu, 1998a; Janet, 1919/1925). Оценка степени владения навыками и обучение проводятся на начальных этапах терапии. Часто это приводит к первым положительным результатам – росту психической эффективности пациента. Овладение навыками сначала происходит на когнитивном уровне, через разъяснения, после чего следует поведенческий тренинг, в котором умение отрабатывается постепенно, шаг за шагом. В идеале каждый шаг прорабатывается вновь и вновь до степени уверенного владения, что закладывает фундамент для обучения более сложным последовательностям действий (ср.: Ellenberger, 1970; Janet, 1919/1925). Эти практические навыки постепенно становятся частью гораздо более адаптивного образа жизни, основой для действий более высокого уровня, которые формируются по ходу терапии. Каждое успешное применение нового навыка улучшает баланс психической энергии и эффективности пациента. Это означает, что пациент будет достигать целей при меньших тратах энергии.

Для формирования психических навыков необходим определенный уровень синтеза, персонификации, презентификации и такой координации систем действий, которая прежде была недоступна пациенту. Например, социальные навыки способствуют активации социальной и других систем повседневной жизни, но не защитной системы. Это предполагает использование более сложных тенденций более высокого уровня не только в отношениях с другими людьми, но и во внутреннем взаимодействии между диссоциативными частями. Таким образом, большинство навыков требует способности координировать и контролировать активные в данный момент системы действий, поэтому диссоциативные части должны развивать свои умения договариваться и сотрудничать друг с другом. Для этого каждая часть должна адекватно синтезировать (оценивать) контекст, а также содержание стимула или ситуации, персонифицировать ситуацию, воспринимать ее как реальную и действовать соответственно.

Многие навыки предполагают более высокий уровень интеграции систем действий, то есть возможность активации тенденций более высокого порядка иерархии в каждой части личности. Например, в навыках уверенности в себе сочетаются защитные стратегии высокого уровня с коммуникативностью. Тренинг релаксации может включать регуляцию энергии (например, оптимизацию энергетических затрат для достижения определенных целей), иногда коммуникативные навыки (чтобы уметь подобающим образом поддерживать границы в отношения с другими людьми), а также деактивацию защитных тенденций, таких как повышенная бдительность. Для построения собственных личностных границ, благодаря которым появляется чувство безопасности, может понадобиться активность таких систем действий, как управление

энергией, межличностной коммуникации, заботы о другом, а также развитая защитная система и достижение согласия между частями личности в отношении границ. Родительские навыки связаны с активацией заботы и других систем действий, отвечающих за повседневную жизнь при сведении к минимуму реактивации АЛ. Навыки задействуют тенденции всех уровней. Низшие и средние уровни тенденций должны быть доступны пациенту до того, как работа в терапии коснется овладения высшими тенденциями. Например, прежде чем понять причины своих дезадаптивных действий, пациент должен научиться ждать, действовать не импульсивно. До того как приступить к проработке эмоций, связанных с травматическим опытом, пациент учится регулировать эмоции повседневной жизни. Пациентам часто сложно адаптироваться к требованиям настоящего,, поэтому сначала они учатся осознанному проживанию настоящего в небольшие промежутки времени, которые постепенно, увеличиваются с течением терапии. Пациенты постепенно учатся тому, что тот или иной условный стимул не всегда является предвестником угрозы травматизации, и действуют рефлективно в ответ на условные стимулы в отношениях. Только после этого они могут овладеть межличностными навыками для поддержания надежных отношений привязанности.

Овладение одними навыками способствует приобретению других. Например, навыки эмпатии, общения, сотрудничества, достижения соглашений с диссоциативными частями способствуют лучшей аффективной регуляции, управлению временем и развитию межличностных навыков. Ограничения объема книги не позволяют продолжить обсуждение вопроса обучения пациентов навыкам в терапии, поэтому мы привели краткий перечень основных навыков, которые должны стать предметом терапевтической работы, в таблице 12.1.

Преобразование замещающих действий в эффективные

Если ситуация требует немедленного ответа, а эффективные действия все еще остаются недоступными для жертвы психической травмы либо из-за недостаточной эффективности, либо из-за слишком низкого уровня энергии, то индивид, как правило, будет использовать *замещающие действия,* которые, по определению, являются действиями более низкого уровня. Некоторые диссоциативные части, например АЛ, фиксированные на защитных действиях или призыве к объекту привязанности, скорее всего, будут вовлечены в замещающие действия большую часть времени, тогда как ВНЛ могут обладать более сложным репертуаром адаптивных действий. Мы выделяем две категории замещающих действий: первая группа характеризуется отсутствием цели, а вторая – дезадаптивными способами достижения целей.

Обходные маневры. Первая группа замещающих действий соответствует тенденциям низших уровней иерархии: дезорганизованные движения как результат настолько низкой психической эффективности, что индивид не в состоянии использовать имеющуюся в его распоряжении энергию для це-

Таблица 12.1

Навыки

1. **Психофизиологическая регуляция (гипер- и гиповозбуждения)**
2. **Способность регулировать, справляться с аффектами, импульсами и другими ментальными действиями и управлять ими**
   - Регуляция застенчивости или таких социальных эмоций, как ненависть к себе, стыд, вина;
   - Регуляция других эмоций: гнева, злости, тоски, грусти, горя, одиночества;
   - Способность справляться с дистрессом;
   - Способность к самоуспокоению, поиск необходимой помощи и поддержки от социального окружения;
   - Способность выносить одиночество;
   - Навыки релаксации;
   - Навыки управления стрессом;
   - Управление энергией (баланс работы, отдыха и восстановления).
3. **Способность символизации опыта**
   - Развитие словаря для выражения внутренних и межличностных переживаний.
4. **Межличностные навыки**
   - Ментализация (точное восприятие и понимание мотивов и намерений других людей и своих собственных, метакогнитивные операции);
   - Способность к эмпатии, сотрудничеству, пониманию себя и других;
   - Навыки уверенности в себе;
   - Социальные навыки;
   - Формирование и поддержание границ личного безопасного пространства;
   - Родительские навыки.
5. **Способность к точному восприятию реальности**
   - Различение настоящего, прошлого и будущего;
   - Различение внутренней (интероцептивной) и внешней (экстероцептивной) реальности;
   - Способность быть в настоящем (презентификация, *психическая вовлеченность*[*]).
6. **Навыки управления временем (связанные с презентификацией)**
7. **Организационные навыки (способствующие организации перцептивно-моторных циклов)**
8. **Навыки внимания**
   - Сохранение концентрации и фокуса внимания в рамках одной или нескольких тенденций/систем действий;
   - Регуляция изменений поля и уровня сознания.
9. **Навыки решения проблем**
   - Способность расставлять приоритеты (осознание разных приоритетов, интеграция между поведенческими системами);
   - Способность рассчитывать кратко- и долгосрочный баланс трат и положительных результатов действий (требует центральной и расширенной презентификации);
   - Способность учитывать потребности целостной личности (предполагает интеграцию всех систем действий).

---

* В тексте оригинала – mindfulness. См. примечание на с. 198 – *Прим. науч. ред.*

ленаправленных действий (см. главу 9). Для обозначения этих действий Жане использовал термин *dérivations**, означавшее, что психическая энергия *отклоняется* от путей, присущих адаптивным действиям (Janet, 1909a; 1919/1925). Крайними проявлениями таких замещающих действий («обходных маневров») являются псевдоприпадки** (Bowman & Markand, 1996; Janet, 1928b; Kuyk, 1999). Однако чаще встречается общая ажитация с моторными, эмоциональными и когнитивными составляющими (Janet, 1903, 1909b; глава 9). К признакам крайних форм ажитации относятся крик, быстрые беспорядочные движения, разбрасывание предметов, удары головой о твердые поверхности. Умеренными проявлениями ажитации принято считать раскачивание, подергивание ног, непроизвольные вздрагивания, дрожь, суетливые движения, расхаживание из стороны в сторону и тики (ср.: Janet 1919/1925, 1928b). В литературе эти замещающие действия часто относят к проявлениям нарушения регуляции аффекта (в форме недостаточного контроля). На самом деле эти дезорганизованные движения иногда могут совершаться с определенной целью, например, пациент может неосознанно использовать эти формы поведения для избегания ментальных действий и поведенческих актов более высокого порядка, которые его по каким-то причинам пугают.

В терапии пациент постепенно отказывается от этих тенденций очень низкого уровня и начинает использоваться тенденции, принадлежащие более высоким уровням иерархии. Вначале терапевт может осторожно, но решительно остановить замещающие действия, установить контакт с пациентом с помощью взгляда и простых слов. Прикосновение, если оно уместно, также поможет пациенту ощутить себя в контексте настоящего (Hunter & Struve, 1998). Эти интервенции поощряют активацию досимволических социально-личностных тенденций, при помощи которых пациент сможет лучше регулировать свои действия (Nijenhuis & Den Boer, 2009; Porges, 2001; Schore, 2003b). Хотя эти тенденции также занимают невысокое положение в иерархии тенденций, все же они расположены на более высоком уровне по сравнению с основными рефлексами и досимволическими регуляторными тенденциями. Улучшение регуляции происходит в силу того, что социальный контакт открывает возможность регуляции эмоций через межличностное взаимодействие. То, как терапевт помогает пациенту преодолеть панику, смятение, или другие состояния, связанные с замещающими «обходными маневрами», восстанавливая контакт с пациентом, в чем-то подобно тому, как мать успокаивает ребенка, находящегося во власти аффекта: она с нежностью смотрит

* Dérivations (*фр.*) – отведение, ответвление; отвод (воды, тока); объездной путь; объездная дорога.

** Псевдоприпадок представляет собой «непроизвольный судорожной поведенческий паттерн, имитирующий симптомы эпилепсии и характеризующийся внезапным кратковременным нарушением контроля моторных, сенсорных, вегетативных, когнитивных, эмоциональных и/или поведенческих функций, и опосредованный психологическими факторами» (Kuyk, 1999, p. 9).

на ребенка, ее взгляд выражает сочувствие, она ласкает его и произносит слова утешения. Наряду с этим терапевт помогает пациенту в приспособлении и ориентировании в окружении, то есть пациент постепенно учится учитывать контекст и использовать персонификацию и презентификацию. Для этого могут применяться техники восстановления психофизиологической регуляции, как правило, в начале опосредованные социальным взаимодействием (например, помощь пациентам, склонным к гипервентиляции, в овладении регуляцией дыхания). Одним словом, как только терапевт замечает, что контакт между ним и пациентом вот-вот будет нарушен или это уже произошло, он восстанавливает его, стимулируя для этого досимволические тенденции пациента. Пациент и терапевт могут постепенно включаться в более сложные тенденции систематического исследования и рефлексии для того, чтобы понять, что именно провоцирует «обходные маневры» и как это может быть связано с конкретными частями личности. Наконец, терапевт помогает пациенту повысить уровень презентификации. Для этого он поощряет пациента более реалистично оценивать ближайшее и отдаленное будущее, тщательно анализировать действия и ситуации прошлого и в соответствии с этими оценками менять свои действия.

Целенаправленные замещающие действия. Замещающие действия, относящиеся ко второй категории, *действительно направлены* на достижение некой цели, однако либо цель является неадаптивной в данный момент времени, либо действие, выбранное для достижения цели, оказывается неуместным и/или несоответствующим цели. Первым шагом в терапевтической работе с этими действиями пациента является понимание цели или функции поведения, а также оценка адаптивности самой цели. Например, Милли хотела наказать себя, что, на первый взгляд, выглядело как дезадаптивная цель. Однако на самом деле она считала, что благодаря наказанию (эмоциональному и физическому) она сможет исправить то, что с ней было не так (это может быть адаптивной целью, если с кем-то что-то действительно не так). Таким образом, пациент и терапевт должны разобраться в том, какими (обычно дорефлективными) идеями обладают разные диссоциативные части относительно того, что не так с ними или другими частями; какие способы помощи в исправлении «недостатков» пациента будут наиболее действенными; что поможет стать эмпатии в отношении всех частей личности пациента эффективным и адаптивным психическим действием. Конечно, при выборе такого направления в терапевтической работе не произойдет немедленного отказа пациента от замещающих действий. Например, от тенденций самонаказания у Милли. Первые шаги на этом пути будут связаны с конфронтацией и проработкой дорефлективных идей и привычных форм поведения пациента, которые могут быть свойственны одним частям личности в отношениях с другими диссоциативными частями. Это также открывает для терапевта возможности эмпатического понимания мотивов и потребностей пациента, склонного к самодеструктивному поведению.

Разные части личности могут вовлекаться в действия, опосредованные системами действий, активность которых в данной конкретной ситуации оказывается неуместной. Например, некая часть может рефлекторно отреагировать замиранием (подсистема системы защиты) в ответ на дружеское подшучивание, которое в субъективном восприятии этой диссоциативной части предстает как эмоциональная атака. Такие реакции (действия) замещают более сложные и интегративные формы социального взаимодействия.

Преодоление фобий. Связанные с травмой фобии являются наиболее распространенной формой замещающих действий. Они же создают основные преграды в терапевтической работе, направленной на повышение психической эффективности: терапевт не должен недооценивать усилия пациента, направленные на сохранение своих фобий. Преодоление фобий означает отказ от этих суррогатов в пользу адаптивных действий. Пациенты часто уверены в том, что действия (особенно психические), необходимые для преодоления этих фобий, недоступны для них, они боятся даже рассуждать о стимулах, вызывающих фобический страх, поэтому в первую очередь интервенции терапевта направлены на повышение психической эффективности до уровня, который позволил бы начать систематическую десенсибилизацию или постепенное применение экспозиционных методов* с нарастанием интенсивности конфронтации с фобическими стимулами. Каждый успешный шаг в преодолении фобии, в свою очередь, повышает психическую эффективность.

Терапия фобий, связанных с внутренними психическими стимулами, по сути, мало чем отличается от работы с фобиями на стимулы внешнего мира (например, пауков или высоту). Прежде всего, необходимо разобраться, с какими именно ощущениями, чувствами, мыслями, фантазиями или воспоминаниями связаны фобические действия пациента. Прояснив это, терапевт может опираться на свою эмпатию в работе с сопротивлением в отношении определенных психических содержаний или ментальных действий, порождающих эти содержания. Найп (Knipe, 2007, p. 194) привел прекрасное описание этого процесса: «Вопросы терапевта адресованы не столько беспокоящему пациента негативному аффекту, сколько положительному эффекту, вознаграждению, которое пациент получает в результате избегания (как правило, это может быть чувство облегчения или обретение контроля). Например, терапевт может задать следующие вопросы: «Похоже, что избегание воспоминаний очень важно для вас, эти действия представляют для вас определенную ценность,

* Можно выделить три основные разновидности экспозиционных методов: (1) конфронтация с фобическими стимулами (или травматическими воспоминаниями, а также идеаторными и аффективными аспектами травматического опыта) в воображении (imagery); (2) конфронтация с фобическими или релевантными травме стимулами в реальности (in vivo), например, посещение места, где произошло психотравмирующее событие; (3) метод погружения (flooding), например, постоянная конфронтация с изображениями (фото) фобических стимулов или сцен, имеющих отношение к реальной психотравмирующей ситуации. – *Прим. науч. ред.*

так как вы тратите на них много своей энергии. Наверное, вы испытываете какое-то положительное чувство, возможно, удовлетворение в случае, когда эти усилия оказываются успешными. Если это так, что именно вызывает у вас это положительное чувство?»

Подобного рода интервенции в сочетании с психологическим просвещением пациента, формированием навыков и тренингом психической вовлеченности являются эффективными в разрешении, по крайней мере, некоторых фобий в отношении тех или иных ментальных действий. Постепенно в экспозиционные интервенции включают конфронтацию с условными стимулами (чувствами, телесными ощущениями и др.). Задача, которую при этом ставят перед пациентом, состоит в том, чтобы воздержаться от привычных дезадаптивных реакций, например паники, и использовать ментальные действия синтеза и *реализации* (пациент, например, узнает, что «это ощущение в животе не означает, что я в опасности»). Однако, прежде всего, необходимо повысить уровень психической эффективности (а иногда и энергии) пациента для того, чтобы при применении экспозиционных техник у него было больше возможности выбирать интегративные действия, а не привычное избегание и другие замещающие действия. Успешные интегративные действия в этой ситуации способствуют еще большему повышению психической эффективности. В итоге пациенту удается интеграция того факта, что условные стимулы, которые возникают в контексте настоящего, не связаны с безусловным стимулом опасности, возможного появления которого так боится пациент, а также не являются его предвестниками. Пациент постепенно понимает, что если он не подвергнет пересмотру некоторые свои убеждения, например, в том, что сердитое выражение лица всегда предшествует физическому насилию, то он по-прежнему будет неэффективно тратить большое количество своей энергии.

Однако прежде конфронтации пациента с объектами, вызывающими страх или переживаниями, имеющими отношение к фобии, необходимо, чтобы пациент осознал, что у него *действительно есть* эти фобии. Часто пациенты не отдают себе отчет в своих фобических реакциях, так как у некоторых жертв травмы обусловленное избегание формировалось при слабом участии осознания, и представляет собой совокупность действий, относящихся к тенденциям низкого уровня. Кроме того, обусловленное избегание, часто повторяемое в поведении, может стать вполне автоматическим. Эти автоматические действия становятся простыми рефлексами, переходя на низший уровень тенденций и требуя минимума психической эффективности и энергии.

Вторым шагом является оценка травматических фобий и их ранжирование по степени тяжести. Например, если пациент, едва начав говорить о гневе или стыде, тут же меняет тему разговора, впадает в прострацию или же у него происходит переключение между диссоциативными частями личности, то с большой долей вероятности можно утверждать, что данная фобия является очень сильной и работа с ней должна быть постепенной и очень осторож-

ной. (В этом примере фобия проявляется в некоторых психических действиях, сопровождающихся определенными чувствами.) Терапевт часто переоценивает способность пациента к интегративным ментальным действиям, требующимся для переживания, понимания и завершения эмоции.

На третьем этапе терапевт помогает пациенту (то есть всем диссоциативным частям его личности) выразить в словах, насколько это возможно для пациента, чем именно ему может угрожать приближение к объектам или полное осознание проблемных переживаний, на которые у пациента есть фобия. От пациента ожидается, что это описание будет представлено в форме рассказа, или нарратива, содержащего символическое представление опыта, а не станет буквальным его воспроизведением. Создание этого нарратива помогает лучшему пониманию сути страхов пациента, дает ему опыт безопасного сокращения дистанции до объектов фобии в ментальном пространстве. Постепенно психическая эффективность пациента достигает необходимого уровня, так что он может рассказать о том, чего и почему он боится. Создание словесного описания этих страхов представляет собой тенденцию, принадлежащую более высокому уровню иерархии, чем их невербальное выражение. Каждый раз, когда пациент убеждается, что чувства паники и ужаса, которые возникают у него в ответ на некоторые стимулы, не связаны с реальной опасностью и он может с ними справиться, его психическая эффективность понемногу повышается, поскольку формируется навык переживания эмоции без бегства в замещающие действия. Интеграция эмоциональных переживаний является основной целью терапии принятия и завершения* (Hayes et al., 2006), недавно возникшего метода бихевиоральной терапии, в котором главный акцент ставится на воздействии на пациента пугающего стимула (в данном случае эмоций) с одновременным применением интервенций, предупреждающих психическое избегание (замещающие действия). Эти принципы являются центральными для психологии действия, описанной в этой книге.

Работа с фобиями продолжается на всем протяжении терапии, однако прохождению каждой фазы соответствует проработка определенных фобий. На первой фазе – *снижения выраженности симптомов и стабилизации* – работа сосредоточена на фобии контакта (привязанности) и утраты контакта (утраты привязанности) в отношении терапевта, диссоциативных частей личности и других действий, связанных с травмой. В результате проработки этих фобий происходит повышение уровня психической энергии и эффективности

---

* Acceptance and commitment therapy (ACT), другой вариант перевода – «ориентированная на принятие терапия». ACT является одним из методов, объединенных под рубрикой когнитивно-бихевиорального подхода. В отличие от «классической» КБТ, направленной на улучшение контроля пациента над своими чувствами, мыслями, восприятием, воспоминаниями, в ACT пациента обучают «просто замечать» и принимать события своей внутренней жизни, особенно те из них, которые прежде были нежелательными. В ACT широко применяют интервенции, основанные на принципах медитативных практик. – *Прим. науч. ред.*

пациента, так что становится возможным переход ко второй фазе – *терапии травматических воспоминаний.* На второй фазе происходит работа с фобией травматических воспоминаний и отношениями ненадежной привязанности с насильником. Третья фаза – *интеграции личности и реабилитации* – посвящена преодолению фобий нормальной жизни, разумного риска, изменений, близости. Мы подробно рассмотрим эти фобии и их лечение в следующих главах.

Завершение адаптивных действий

Основной принцип лечения пациентов, страдающих от последствий психической травмы, состоит в оказании пациентам помощи в том, чтобы они научились успешно исполнять и доводить до конца основные и второстепенные адаптивные действия. Завершение адаптивных действий обычно связано с позитивным личным, социальным и иногда материальным подкреплением, что повышает уровень психологического функционирования. Завершенное действие помогает формированию чувства собственной компетентности, уверенности в своих силах, приносит социальное признание, также завершенное действие связано с достижением цели/ей той или иной тенденции к действию или в целом системы действий. Все это повышает психическую эффективность. Например, успешная интеграция некоего травматического воспоминания способствует формированию навыков, в которых нуждается пациент, создает или усиливает рефлективное убеждение пациента в том, что он может успешно интегрировать и другие, возможно, более болезненные травматические воспоминания. Как отмечал Жане, «действие, исполненное и завершенное подобающим образом, повышает психологическое напряжение [психическую эффективность] индивида, тогда как неисполненное и незавершенное – понижает его» (цит. по: Ellenberger, 1970, p. 383). Кроме того, совершение адаптивных действий избавляет от необходимости излишних инвестиций психической энергии в определенные тенденции и облегчает бремя психологических «долгов».

Пациенты, страдающие от последствий психической травмы, нуждаются не только в том, чтобы обрести навыки функционирования в обыденной жизни и решения повседневных проблем, но и в обретении способности осуществлять и завершать более сложные действия. Например, терапия должна помочь пациенту сформировать навыки и способность к тому, чтобы в случае необходимости инициировать и завершить разговор с партнером на болезненную тему, не впадая при этом в состояние прострации, не теряя самообладания и сохраняя способность обдумывать происходящее, принимать взвешенные решения, понимать свои конфликтные чувства и справляться с ними. Диссоциированные части, фиксированные на защитных действиях, в терапии обучаются способам реагирования, которые отличаются от обусловленных реакций (оцепенение, бегство и др.), а также овладевают умением рефлективно размышлять о том, что происходит в настоящий момент, правильно оценивать контекст актуальной ситуации, а также развивать другие свои способности,

которые могут быть полезны для адаптации во всех важных жизненных сферах. Для решения этих задач необходимо обучение навыкам сдерживания импульсивного поведения, поддержания социальных контактов, символизации собственных переживаний (сначала на невербальном, а потом и более высоком, более абстрактном уровне). Использование этих навыков должно занять место отыгрывания травматического опыта.

От пациентов ожидается, что они будут успешны на всех фазах ментальных и поведенческих тенденций: латентной, планирования, начала, осуществления и завершения. Многие действия являются сложными и состоят из нескольких компонентов. Для осуществления сложного действия необходимо, чтобы каждый из компонентов, составляющих его, был инициирован и доведен до завершения. Например, успешная совместная работа предполагает множество психических и поведенческих действий: сотрудничество, рефлексию, ментализацию, анализ проблем, интеграцию социальных и профессиональных навыков. Способность осуществления и завершения этих действий во многом зависит от того, в какой степени индивид владеет персонификацией и презентификацией. Так, моторные компоненты поведенческих актов могут быть доведены до конца. Однако если при этом действие в целом сопровождалось сомнениями, отсутствием интереса, вовлеченности или даже состояниями деперсонализации, то, скорее всего, у индивида будет отсутствовать субъективное ощущение завершенности этого действия, что может даже привести к снижению уровня психической эффективности (Janet, 1903). Например, пациенты, страдающие от последствий психической травмы сексуального насилия, проявляющие компульсивное стремление очень часто мыть свое тело, основанное на дорефлективном убеждении в том, что их тело «грязное», не испытывают облегчения в результате этих действий, так как у них отсуствует персонификация собственной телесности и травматического опыта сексуального насилия. Для того чтобы в субъективном измерении такого рода действия приобрели высокий статус и качество, необходимы сильная мотивация, а также относительно высокий уровень энергетического наполнения и персонификации этих действий.

Завершение действий и погашение «долгов». Завершение незаконченных действий требует определенного уровня психической эффективности, который, как правило, недостижим для пациента в начале терапии. Однако по мере того как уровень психической эффективности пациента повышается, эти незаконченные действия могут быть завершены. Существует три основных типа незаконченных действий (или, как называл их Жане, «долгов»), к которым следует подходить постепенно, начиная с наиболее простых: 1) «долги» в повседневной жизни; 2) прошлые «долги», которые не обязательно имеют отношение к травме; 3) «долги», связанные с травмой. Прежде всего, необходимо совершить действия, которые помогут *погасить «долги» (завершить незаконченные действия), относящиеся к повседневной жизни.* Чем лучше пациент справляется с повседневными задачами, составляя с помощью терапев-

та реалистичные планы для их исполнения и завершения, более эффективно интегрируя системы действий, тем больше психической энергии (доступ к которой прежде был заблокирован) становится доступно ему для решения более сложных и эмоционально заряженных задач и, соответственно, тем выше становится его психическая эффективность. Успешность осуществления этих задач может также потребовать обучения навыкам планирования времени и организации жизни, постановки целей и определения приоритетов. Пациентам также необходимо помочь в осуществлении ментальных действий, имеющих отношение к повседневной жизни – чувств, мыслей, желаний.

Второй терапевтической целью является исполнение действий, направленных на *доведение до конца оставшихся незаконченными действий прошлого, связанными с переживаниями эмоций и отношениями с другими людьми.* К таким действиям прошлого часто относятся неудачные или незавершенные переходы от одной фазы жизненного цикла к другой, а также неразрешенные межличностные отношения прошлого.

Третья и, возможно, самая трудная для достижения цель связана с *проработкой травматических воспоминаний.* Травматические воспоминания являются особой и энергетически очень затратной формой незавершенных действий: «Такие пациенты… продолжают действие или, скорее, пытаются завершить действие, начатое в то время, когда происходило событие, и они истощают себя этими бесконечными повторениями» (Janet, 1919/1925, p. 663). Разрешение травматических воспоминаний может быть долгой и тяжелой задачей, продвижение к решению которой состоит из многих небольших и повторяющихся шагов. Оно требует исполнения сложных действий интеграции, в том числе, синтеза и *реализации,* а также персонификации и презентификации.

ПООЩРЕНИЕ *РЕАЛИЗАЦИИ*

Незавершенные основные действия указывают на центральную проблему для людей, страдающих от последствий психической травмы, – *не-реализацию* (не только в отношении травматического прошлого, но и многих других аспектов жизни). Таким образом, один из основных терапевтический принципов состоит в поощрении и поддержке действий синтеза и *реализации* всех частей личности пациента. Синтез и *реализация* диссоциативных частей должны быть соответствующим образом начаты, исполнены и завершены. Это, в свою очередь, поможет личностной системе пациента в целом более адаптивно воспринимать требования окружения и отвечать на них исполнением основных ментальных и поведенческих действий. В идеале каждая интервенция должна повышать психический уровень и усиливать *реализацию* пациента. При помощи терапевта пациент обретает способность сохранять полное присуствие в настоящем, быть более внимательным, ставить перед собой реалистичные цели, быть ответственным за свои действия, то есть выполнять

все компоненты персонификации и презентификации. Так терапевт помогает пациенту сформировать осознание самого себя как активного и отвечающего за свои действия субъекта.

Пациентов поощряют постепенно отказу, насколько это возможно и целесообразно, от использования тенденций более низкого уровня в пользу тенденций более высоких уровней. Как мы отмечали в главе 9, каждому уровню тенденций соответствует свой особый уровень презентификации. До тех пор пока пациент еще не вполне владеет *реализацией,* терапевт должен быть внимательным к уровню его функционирования, а также к тому, что происходит в его жизни. Так как терапевт обладает более высоким уровнем *реализации* по сравнению с пациентом, то именно терапевт направляет шаги пациента от сессии к сессии. Например, терапевт может время от времени напоминать пациенту, что даже несмотря на амнезию одной из частей его личности в отношении действий другой части, обе они были и остаются аспектами одной-единственной личности: «Возможно, вам трудно сейчас с этим согласится, и все же, речь идет о другой части вас. Могли бы мы вместе поискать способы лучше узнать эту часть вашей личности?» С помощью вопросов «если – то» терапевт может поощрять пациента больше размышлять и проигрывать в воображении те или иные ситуации: «Как вам кажется, что произошло бы, если бы вы сохранили память об этом событии? Если вы выразите свой гнев, как вы считаете, какова будет моя реакция?» Такие вопросы открывают возможность для проверки степени реалистичности ожидания неминуемой катастрофы. Осознание пациентом своих страхов, тормозящих его адаптивные действия, уже является важным шагом к интеграции.

РЕЗЮМЕ

Эта глава посвящена общим принципам лечения, направленным на развитие адаптивных интегративных действий пациента и частей его личности. Каждый из отмеченных здесь принципов, прежде всего, служит главной задаче: поддержке постепенного продвижения пациента от психических и поведенческих действий и тенденций низкого уровня к действиям более высокого уровня. Первым базисным принципом является установление терапевтических отношений, параметры которых должны оставаться стабильными. При этом, однако, сохраняется возможность их обоснованного изменения для лучшего приспособления терапии к внутренним и внешним обстоятельствам пациента. Терапевтические отношения со стабильными параметрами способствуют сведению к минимуму активации защитной системы пациента и создают наиболее благоприятные условия для того, чтобы пациент мог осуществлять адаптивные действия высокого уровня. После определения параметров терапии совместная работа терапевта и пациента фокусируется на ключевой задаче повышения психического уровня пациента, то есть повышение уровня психической энергии до достаточного для продолжения терапии уровня.

Повышение уровня энергии обязательно должно сопровождаться формированием или развитием способности пациента распоряжаться этой энергией, то есть усилия терапевта и пациента направлены на повышение психической эффективности пациента. Эта часть терапевтической работы регулируется следующими принципами психической экономии: повышением психической энергии, снижением ненужных энергетических затрат, «погашением долгов» (то есть завершением незаконченных действий). Если эти задачи успешно решены, то для пациента открывается возможность опираться в своем функционировании на более адаптивные и сложные действия. Повышение психической эффективности приводит к существенному снижению ненужных трат энергии и даже к повышению психической энергии. Наконец, пациента поощряют к исполнению основных адаптивных действий (в том числе *реализации*) в повседневной жизни. Это предполагает высокий уровень персонификации и презентификации, а также способность всех частей личности оценивать, в какой степени их восприятие внешней и внутренней реальности согласуется с таковыми у других диссоциативных частей, а также у других, более здоровых в психическом плане индивидов.

ГЛАВА 13

Первая фаза. Терапия: подготовка и первые шаги

Преодоление фобии привязанности и утраты привязанности в терапевтических отношениях

> Контакт пугает сам по себе, поскольку благодаря ему оживают надежды на любовь, безопасность и поддержку, надежды, которые всегда терпели крах. Это вызывает воспоминания [пациента] о непредсказуемых разрывах отношений, пережитых им в детстве.
>
> *Лоренс Хеджес* (Hedges, 1997, p. 114)

Темы долгосрочных, хронически нерешенных и болезненных проблем в области социальных контактов и отношений привязанности появляются в терапии пациентов, страдающих от последствий хронической психической травмы, одними из первых. Поэтому уже в самом начале терапии уже знакомство с терапевтом и установление с ним формального контакта, даже еще до установления отношений привязанности, могут вызвать у таких пациентов усиление страха и последующее поведение избегания. Этот страх отчасти связан с идеей того, что контакт с терапевтом может внести еще большую сумятицу в беспокойный внутренний мир пациента. Следует признать, что в общем эти опасения обоснованны, в то же время на начальной фазе лечения у пациента нет поводов для уверенности в том, что шторм, бушующий в его внутреннем мире, постепенно стихнет и это произойдет благодаря терапевтической работе. *Фобия контакта с терапевтом* является первым препятствием, которое встречается на пути продвижения в терапии, а также предвестником многих болезненных коллизий вокруг тем привязанности и содержаний внутреннего мира пациента, которые неизбежно будут возникать в терапевтической работе. Многие пациенты большую часть времени функционируют на низком психическом уровне, и это повышает вероятность дезадаптивных замещающих действий, которые мешают подлинному контакту и прочным отношениям надежной привязанности не только в повседневной жизни, но в и терапии.

Наиболее разрушительные из этих действий связаны с *фобией привязанности и утраты привязанности:* страхами близости и утраты другого, поглощения другим, потери автономии и контроля; страхом стать объектом насмешек, оказаться отвергнутым или оставленным в тот момент, когда потребность в поддержке, принятии и утешении является особенно сильной. Отношения привязанности также могут порождать связанные с травмой стимулы, такие как определенные чувства, нереализованные желания и неудовлетворенные потребности, а также воспоминания – все, чего пациенты стараются избегать. Эти и другие травматические фобии пациентов, страдающих от последствий травмы, сопряжены со слишком большим расходом энергии (см. главу 10), что приводит к снижению психического уровня пациентов и мешает им адаптивно функционировать в повседневной жизни.

Фобии отношений привязанности остро проявляются в терапевтических отношениях. В терапии жертв травмы эти фобии составляют сердцевину феноменов переноса, к которым относятся проигрывание старых паттернов отношений привязанности – их разрешение необходимо для успеха в терапии. Фобии привязанности проявляются на всем протяжении терапии, практически на каждой сессии, а их разрешение, как правило, требует серьезных усилий и времени. Так или иначе, каждая интервенция и каждое взаимодействие между пациентом и терапевтом будет либо испытывать прямое или косвенное влияние фобий отношений привязанности, либо будут как-то связаны с их разрешением.

РОЛЬ ПРИВЯЗАННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ

Надежная привязанность способствует интеграции личности, открывает возможность максимально использовать собственный внутренний потенциал «более дифференцированного, целостного и гибкого функционирования» (Slade, 1999, p. 584). Другими словами, надежная привязанность повышает наш психический уровень и поддерживает наше функционирование на высшем доступном нам уровне тенденций. Надежная привязанность препятствует чрезмерной активации защиты и обеспечивает полноценное развитие других систем действий, направленных на решение задач в повседневной жизни (см. главу 3; Nijenhuis & Den Boer, 2007). Однако даже при самых благоприятных обстоятельствах отношения привязанности не застрахованы от риска боли и утраты. Те, кому удалось установить отношения надежной привязанности, как правило, в состоянии адаптивно справиться с болью и утратой, которые могут сопровождать отношения, поскольку знакомы с естественным ритмом здоровых отношений: *приспособление друг к другу, разрыв, восстановление.* Со временем благодаря синтезу отношений надежной привязанности, здоровый индивид интернализирует эти отношения и формирует их устойчивые ментальные репрезентации (для их обозначения также используют термины *внутренние рабочие модели* или *объектные отношения)*, которые впоследст-

вии играют роль внутренней поддержки независимо от того, насколько доступен внешний объект привязанности.

Отношения привязанности индивидов, переживших в детстве хроническую психическую травму, в лучшем случае могут быть отнесены к ненадежному типу. Такие пациенты обладают неинтегрированными внутренними ментальными моделями фигур привязанности и самого себя. Эти модели обладают сильным разрушительным потенциалом и служат основой для формирования, по крайней мере, некоторых диссоциативных частей личности (например: Blizard, 2001, 2003; Howell, 2005; Liotti, 1995; глава 3), сильно ограничивают или даже вовсе лишают пациента способности внутренней регуляции, поддержки, уверенности в себе и понижают его психический уровень. Таким образом, пережившие травму индивиды или отдельные части их личности, как правило, используют в сфере отношений привязанности тенденции среднего и низкого уровня, что также негативно сказывается и в других сегментах их жизни. Они могут ошибочно приписывать значение угрозы исходящим от терапевта сигналам, испытывая трудности синтеза и *реализации* коммуникаций терапевта. Таким образом, в отношениях с терапевтом пациенты одновременно активируют системы защиты и в то же время отчаянно цепляются за терапевта. Их способности ментализации сильно нарушены, они уверены, что терапевту нет до них никакого дела, а иногда даже в том, что он намерен причинить им вред. Таким образом, им крайне сложно создавать мысленный образ здоровых отношений и следовать этой модели в реальных отношениях, в том числе и в терапии.

Используя систему понятий теории научения, можно сказать, что эти пациенты обладают дезадаптивными сознательными и неосознаваемыми дорефлективными убеждениями «если – то»: «*Если* она узнает меня лучше, *то* она будет презирать меня»; «*Если* я с кем-то сближусь, *то* я окажусь под контролем». Многим пациентам не удалась трансформация отношений в символическую репрезентацию внутреннего «безопасного пространства» (Cassidy, 1999). Напротив, то, что происходит в отношениях, является для них сигналом или напоминанием о физической и эмоциональной боли. Негативное оценочное обусловливание, связанное со стыдом и страхом, затрудняет установление первичной позитивной связи: «По сути, я отвратителен и слаб, а этот терапевт бесполезен или опасен».

Пациентам, страдающим от психической травмы, трудно адекватно оценить контекст терапевтической ситуации, поэтому очень часто они оказываются во власти сильных эмоций. Это могут быть и чрезвычайно мощные негативные аффекты стыда, вины, ярости, ревности, мстительности, панического страха оставленности, ужаса, горя, фрустрации сильной потребности в любви и заботе. Однако у пациентов в терапии могут возникать и другие, позитивные чувства, отличающиеся сильным накалом: любовь, сексуальное влечение, нежность, восхищение или радость. Избегание может распространяться и на позитивные эмоции. Вместе с тем эти эмоции могут стать частью стратегии избегания болезненных аффектов.

Фобии привязанности и утраты привязанности – две стороны одной медали – основаны на страхе, что привязанность принесет страдание. Однако эти фобии связаны с разными системами действий и, соответственно, активируют разные части личности. Активность частей, фиксированных на фобии отношений привязанности части личности, как правило, опосредована защитными маневрами избегания и игнорирования отношений привязанности и связанного с ними психического содержания: «Ваше хорошее отношение оплачивается, оно покупное и поэтому ничего не значит», «Я ничего не чувствую, когда мы встречаемся». Для частей, фиксированных на фобии утраты привязанности, характерен призыв к объекту привязанности («крик привязанности») или защитные маневры борьбы, направленной на избегание утраты привязанности и связанного с ней психического содержания: «Пожалуйста, не оставляйте меня, я не могу жить без вас»; «Если вы оставите меня, то я сделаю так, что вы сильно пожалеете об этом». Эти «противоположно направленные» фобии лежат в основе отношений привязанности дезорганизованного/дезориентированного типа (см. главу 3; Liotti, 1999a, b; Main & Solomon, 1986).

Однако даже при сильных фобиях терапевтические отношения остаются матрицей, из которой развивается терапевтический процесс. Разрешение других фобий и проблем пациента зависит от качества этих отношений. Хотя безопасные и надежные терапевтические отношения являются важнейшим условием успешной терапии (Alexander & Anderson, 1994; Kinsler, 1992; Laub & Auerhahn, 1989; Olio & Cornell, 1993; Steele & Van der Hart, 2004; Steele et al., 2001), однако в самом начале терапии такие отношения возникают редко (например: Kluft, 1993a) и являются скорее целью, чем исходной данностью.

Изменения в терапии происходят благодаря взаимодействию между пациентом и терапевтом. Что касается терапевтических отношений, то и терапевт и пациент стремятся к тому, чтобы найти и поддерживать такой оптимальный баланс близости и дистанции в терапевтических отношениях, который бы способствовал более высокому и стабильному психическому уровню обоих. Такой баланс является динамичным и требует искусной подстройки к потребностям разных пациентов (и терапевтов), к разным фазам лечения, а также к разным частям личности пациента. Иногда от терапевта требуется более объективный взгляд на происходящее с пациентом, а иногда – более теплое отношение (Janet, 1919/1925; Steele & Van der Hart, 2004b).

РАБОТА С ФОБИЯМИ ПРИВЯЗАННОСТИ НА РАЗНЫХ ФАЗАХ ТЕРАПИИ

Фобии привязанности и утраты привязанности представляют особенно серьезную проблему у пациентов с опытом хронической психической травмы, которую они получили в контексте межличностных отношений. Поэтому в терапии таких пациентов работа с темами, связанными с отношениями привязанности, происходит на протяжении всех трех фаз терапии. На первой фазе – *снижения*

выраженности симптоматики и стабилизации – пациент или участвующие в терапевтических отношениях отдельные диссоциативные части могут демонстрировать разные уровни избегания. Попытки терапевта наладить контакт могут встретить решительный отпор и вызывать серьезные конфликты сближения/избегания, которые терапевт на первых порах может не распознать. Между тем некоторые части личности пациента могут позволить себе внести в терапию больше материала, чем другие, и, прежде чем сделать это, они могут проверять намерения терапевта и его надежность, не вынося, впрочем, эти волнующие темы для обсуждения, а прибегая к «тестирующему» поведению.

С развитием терапевтических отношений может обостриться конфликт между страхом отношений привязанности и потребностью в них. На первой фазе лечения терапевт должен быть внимательным к проявлениям этой коллизии у пациента в целом и между частями его личности. Терапевт должен регулировать терапевтические отношения, ориентируясь на уровень психической эффективности пациента и разных частей его личности, особенно тех, которые принимают активное участие в лечении в данный момент времени.

Ко второй фазе – *проработке травматических воспоминаний* – пациент подходит, уже обладая психическим уровнем, достаточным для осознанного синтеза и *реализации* травматических воспоминаний. При этом необходимо отметить следующее. Во-первых, прежде чем пациент будет в состоянии завершить полную *реализацию* травматических отношений, он, скорее всего, будет разыгрывать их в отношениях с терапевтом. Разные части личности обладают фиксированными перцептивно-моторными циклами действий, посредством которых они вновь и вновь проигрывают ригидные паттерны отношений привязанности, связанные с неинтегрированными аспектами прошлого опыта. Терапевту в этих разыгрываниях может быть присвоена роль игнорирующего родителя, садистического насильника, идеализированного спасателя или соблазнителя (Courtois, 1999; Davies & Frawley, 1994). Во-вторых, дорефлективные представления пациента о себе как плохом, грязном, постыдном, связанные с насилием или пренебрежением, могут усиливать его опасения оказаться отвергнутым, оставленным терапевтом или вызвать его критику в свой адрес. Наконец, у пациента уже есть фобия ментальных действий и травматических воспоминаний, и, по крайней мере, некоторые части его личности будут отчаянно желать контакта с терапевтом, цепляться за него в надежде на помощь в разрешении невыносимых аффектов и конфликтов. Большая часть работы второй фазы нацелена на проработку фобий привязанности в той мере, в какой они связаны с травматическими воспоминаниями.

На третьей фазе терапии – *интеграции личности и реабилитации* – работа с темами отношений привязанности продолжается, но менее интенсивно. На этой фазе в отношениях между пациентом и терапевтом уже есть элементы надежной привязанности, благодаря которым пациент чувствует себя более уверенным в его исследовательской активности, деятельности в повседнев-

ной жизни, допускающей разумный риск, а также в его близких отношениях. Страх оказаться оставленным может появиться вновь во время завершения терапии. Этот страх должен быть проработан и разрешен.

ФОБИЯ ПЕРВИЧНОГО КОНТАКТА С ТЕРАПЕВТОМ

На первых сеансах, прежде чем сформируются отношения привязанности между пациентом и терапевтом, контакт с терапевтом сам по себе может вызывать беспокоящие ощущения и негативные аффекты, активировать различные диссоциативные части и травматические воспоминания. Другими словами, первичный контакт с терапевтом может приводить в действие не только фобии привязанности, но и фобии связанных с травмой ментальных действий, диссоциативных частей, травматических воспоминаний и перемен. Действительно, отношения с другим человеком предполагают активацию психических действий, переживание эмоций и телесных ощущений, которые часто пугают пациента. Даже в ситуации, когда человек, страдающий от последствий психической травмы, сам обращается за помощью по поводу своих психологических проблем, необходимость что-то рассказывать о себе может вызывать у него настороженность. В случае вторичной и третичной диссоциации личности пациенты порой слышат голоса, которые предостерегают их от контакта с терапевтом или шантажируют, требуя прекращения терапии уже во время или сразу после первых сессий. Часто пациенты, жертвы травмы, подавлены чувствами стыда, вины, страха, а также отсутствием способности описывать свой опыт при помощи слов. Они могут опасаться, что терапия разрушит шаткую опору их повседневного существования (Parson, 1998). Более того, их представления о терапии, в частности о терапии травмы, могут быть далеки от реальности.

В начале терапии терапевт помогает пациенту справиться с его невысказанными страхами. Например, терапевт может сказать, что начало откровенного разговора о себе и о своей жизни обычно является трудным для большинства людей, особенно если это разговор с незнакомым человеком. Терапевт также может добавить, что пациент сам может выбирать удобный для него темп, чтобы происходящее в терапии не вызывало перенапряжения сил пациента, которое неблагоприятно сказывалось бы на его повседневном функционировании. Терапевт также отмечает, что терапия, по сути, является совместным предприятием, основанным на отношениях сотрудничества между пациентом и терапевтом. У пациента должна быть возможность задавать вопросы. Терапевт поощряет осознанное переживание пациентом его присутствия в настоящем, а также осознанный синтез на доступном для пациента в данный момент уровне и *реализацию* его актуальных переживаний по ходу сессии, в том числе связанных с темами и конфликтами в сфере отношений привязанности. В своих коммуникациях на вербальном и невербальном уровне терапевт сообщает пациенту, что он гарантирует соблюдение границ терапевтических отношений, что он будет сочувственно и с пониманием относиться к фобиям

и проблемам пациента в отношениях с другими людьми и в других сферах функционирования пациента. При этом терапевт доложен отдавать себе отчет в том, что отношения доверия не могут быть установлены сразу, в течение первых же сессий, что для этого потребуется довольно много времени. Разговор о диссоциативных частях, инициированный в самом начале терапии, часто вызывает у пациента сильный испуг. Поэтому, не адресуясь напрямую теме диссоциативных частей, терапевт тем не менее может обратить внимание пациента на то, как резко отличается функционирование пациента, его самоощущение в разное время в настоящем, а также указать на признаки активации разных систем действий, сказав, например, следующее:

> Полагаю, вы испытываете очень разные чувства в связи с тем, что вы в терапии и рассказываете мне о себе самом и событиях своей жизни. Довольно часто бывает так, что какая-то часть нас самих хочет поведать о себе другому, так как тяготится одиночеством, нуждается в помощи и хочет ее получить, тогда как другая часть предпочитает оставить все как есть под покровом молчания. Я уверен, что со временем мы найдем способы услышать, понять и принять все ваши части. В этой работе мы будем придерживаться приемлемого и удобного для вас темпа. Если у вас появиться чувство, как будто бы внутри вас разворачивается борьба, что-то вроде перетягивания каната, скажите, пожалуйста, мне об этом, чтобы мы вместе смогли разобраться, что именно с вами происходит, и найти пути разрешения этой ситуации.

Интервенции терапевта, по большей части, должны быть направлены на активацию системы привязанности, но не системы защиты, при этом уровень активации системы привязанности пациентов должен соответствовать их способности к синтезу и *реализации.* В этом терапевту поможет его способность подстраиваться к особенностям речи пациента и его эмоциональному состоянию, а также отражать нюансы субъективного переживания пациента. Работа с темами отношений привязанности проводится систематически, в темпе, который определяет сам пациент, при этом терапевт проверяет свои гипотезы относительно пациента, ориентируясь на его вербальную и невербальную коммуникации. Однако это не означает, что терапевт берет на себя роль утешителя. Это означает, что терапевт проявляет эмпатию, терпение и понимание того, что изменение требует времени.

Так, в начале работы терапевт следует тому материалу, который пациент приносит на сессию и ориентируется на особенности речи пациента. Терапевт не пытается сразу же добиваться изменений действий пациента, но берет себе на заметку наиболее очевидные замещающие действия, старается понять их и вместе с пациентом разобраться в том, какие чувства сопровождают эти замещающие действия, для чего они предназначены, чего хотел бы пациент достичь с их помощью и что он может сделать в настоящий момент. Так начинается настройка терапевтических отношений, благодаря которой у паци-

ента постепенно формируется доверие к терапевту и появляется внутренний мотив к тому, чтобы, следуя предложениям терапевта, постепенно менять репертуар своего функционирования, включая в него новые действия. Таким образом, терапевт никогда не призывает к радикальным переменам. Главный принцип, которому должен следовать терапевт, состоит в том, чтобы не ожидать и не предлагать пациенту больше того, что он может сделать.

Пациентка с диагнозом РДИ так и не осмелилась проронить ни одного слова в течение первых трех сессий терапии из-за сильного напряжения, признаки которого были вполне очевидны. Во время этих сессий она все время беспокойно оглядывалась вокруг, то и дело замирала, уставившись в одну точку, или, скрючившись, сидела в кресле. Терапевт же время от времени произносил такие фразы: «Я вижу, что вы оглядываетесь вокруг. Мне кажется, что вы чувствуете, что здесь для вас небезопасно. Полагаю, вам нужно время, чтобы освоиться с этой обстановкой. Здесь вас никто не торопит. Делайте то, что считаете нужным для себя. Вы видите, в этой комнате белые стены, за окном уже весна, а я здесь сижу перед вами. Я останусь в этом кресле до конца нашей встречи. Вы можете также сидеть в вашем кресле так, как считаете нужным, например так, как вы сидите сейчас… Здесь вы не должны делать что-то, что вам не нравится. Вы не должны говорить что-либо, если вы не хотите или не в состоянии говорить. Я останусь здесь с вами и буду ждать, когда вы захотите побеседовать со мной». В своих комментариях, относящихся к невербальному поведению пациентки, терапевт старался облечь в слова то, что, как ему казалось, привлекает ее внимание. Лечащим врачом-психиатром этой пациентки была женщина, которая сообщила психотерапевту кое-что из анамнеза этой пациентки. Это была информация о том, что в детстве пациентка перенесла сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, а также пренебрежение. Терапевт полагал, что пациентку одолевают страхи, что и в ее отношениях с ним может повториться нечто подобное. Именно поэтому он, например, несколько раз делал акцент на том, что будет терпеливо ждать, не покидая при этом своего кресла, когда она захочет разговаривать. Такая позиция терапевта принесла свои плоды. В конце третьей сессии пациентка обронила несколько фраз, после чего у нее появились растущее желание и способность говорить со своим терапевтом.

ОТНОШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И ТЕРАПЕВТ

Фактору привязанности следует уделять внимание во всех взаимодействиях с пациентом, какими бы незначительными и мимолетными они ни казались. Чтобы помочь пациенту преодолеть фобию привязанности и утраты привязанности, терапевт должен понять, какую роль диссоциативные части личности пациента играют в ее поддержании, и снизить их потребность в замещающих

и защитных действиях, служащих для избегания привязанности или разрыва отношений привязанности в повседневных взаимодействиях с другими людьми. Терапевт должен поддерживать у себя высокий психический уровень для того, чтобы сохранять способность отвечать высокоуровневыми действиями на реакции пациента, поскольку темы привязанности и ее утраты могут вызвать чрезвычайно сильные эмоции не только у пациента, но и у терапевта. Темы привязанности, возникающие в ходе терапии, оказывают сильное влияние на терапевтические отношения, и терапевту подчас становится трудно удержаться на необходимом психическом уровне, так что у него может появиться сильное искушение прибегнуть к замещающим действиям, которые не будут терапевтически эффективными. К таким реакциям на фобию привязанности или утрату отношений привязанности со стороны терапевта могут быть, например, защитные действия или чрезмерная опека пациента. Это соответствует двум полюсам в контрпереносе: предельной дистанции и слиянию (Steele et al., 2001; Wilson & Lindy, 1994; Wilson & Thomas, 2004).

Терапевт должен всегда помнить о том, что пациент часто разыгрывает паттерны привязанности из прошлых травматических отношений не только с терапевтом и значимыми другими, но также и внутренне, в отношениях между разными диссоциативными частями, каждая из которых в большей степени заинтересована в сохранении возможности вновь и вновь повторять это разыгрывание, чем в его разрешении (ср.: Blizard, 2001, 2003). Если терапевт не поможет пациенту проработать и разрешить эти дезадаптивные внутренние взаимодействия между диссоциативными частями, фобия привязанности и утраты привязанности вряд ли будет преодолена.

Следствием снижения психического уровня терапевта под натиском потребностей, требований и дезадаптивных действий пациента может стать ухудшение способности терапевта к символизации, а значит, он может до некоторой степени утратить понимание того, что паттерны, демонстрируемые пациентом в отношениях привязанности, являются, по сути, повторным разыгрыванием и защитными действиями, с которыми необходимо работать терапевтически. Кроме того, пациенты часто проецируют свои неприемлемые чувства и переживания на терапевта, и тот должен справиться с этой ситуацией, не идентифицируя себя со спроецированными на него содержаниями внутреннего мира пациента. Однако при низком психическом уровне терапевт может сам оказаться во власти сильных аффектов (вины, любви, жалости, ярости, стыда) и разряжать их вместо того, чтобы действовать в интересах пациента, который нуждается в стабильном и надежном объекте привязанности, от которого он ожидает помощи в интеграции конфликтующих частей своей личности. Возможными вариантами исхода этой ситуации, например, будет попытка избегания терапевтом своих собственных сильных чувств или их разрешения через замещающие действия. При этом терапевт будет руководствоваться своим искаженным восприятием потребностей пациента, забыв о том, в чем пациент действительно нуждается.

Проективная идентификация пациента, фрустрация или собственные неразрешенные личные проблемы могут стать причиной защитных действий терапевта – он может рассердиться или почувствовать стыд; повысить голос на пациента или отстраниться от него; холодно рассуждать о «патологии» пациента, занять позицию пассивной агрессии или же открыто проявлять ее. Терапевт, у которого доминирующими аффектами является чувство вины и печаль (неспособный вынести боль пациента), может стать излишне опекающим и нарушить границы терапевтических отношений. Именно способность терапевта уклоняться от разыгрываний в терапевтических отношениях, а также терапевтически работать с теми, которые уже произошли, является тем, что поддерживает в пациенте его *реализацию* и способность к символизации, созданию нарратива как альтернативу повторениям замещающих действий в межличностной сфере.

ФОБИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И УТРАТЫ ПРИВЯЗАННОСТИ В ОТНОШЕНИЯХ С ТЕРАПЕВТОМ

Как правило, независимо от диагноза первой вступает в контакт с терапевтом та часть личности пациента (ВНЛ), которая отвечает за повседневное функционирование. При этом некоторые ВНЛ предпочитают избегать отношений привязанности, тогда как другие – нет. Однако независимо от стиля привязанности ВНЛ для одних частей личности терапевт становится тем, кто может о них позаботиться, поэтому они будут стремиться сохранить отношения привязанности с ним, тогда как для других частей, активность которых регулируется защитными системами, терапевт, скорее всего, предстанет как пугающая фигура, ответом на взаимодействие с которой будет активация стратегий избегания. Так начинается борьба тенденций сближения–избегания в терапевтических отношениях, которая столь характерная для терапии пациентов, страдающих от последствий травмы. *Решающее значение для терапии приобретает умение терапевта поддерживать такой оптимальный уровень дистанции в отношениях с пациентом, чтобы сила конфликта сближения – избегания не превышала способности пациента справляться с ним* (*то есть актуального психического уровня*). Терапевт всегда должен помнить о необходимости соблюдать баланс в своих интервенциях так, чтобы ни фобия привязанности, ни фобия утраты привязанности не проявлялась слишком сильно.

Первые интервенции направлены, прежде всего, на функционирование пациента в повседневной жизни (то есть адресованы ВНЛ). Они осуществляются в рамках подхода формирования навыков и включают психологическое просвещение пациента, которому рассказывают о терапевтических отношениях, привязанности, зависимости и автономии (см. главу 12). На начальной фазе терапии обращение к АЛ не напрямую, а «через» ВНЛ может быть более эффективным. Очень часто, однако, терапевт ошибочно принимает переживания

ВНЛ за переживания всей личности пациента, за опыт целостной унитарной личности. Поэтому, обращаясь к пациенту, терапевт должен найти такие слова и формулировки, чтобы их услышали и поняли все части личности пациента.

Эмпатия необходима терапевту для предупреждения и разрешения тупиковых ситуаций в терапии. Очень важно, чтобы сочувствие к страданиям пациента, связанным с последствиями травматизации, сочеталось с вниманием и чуткостью к нарушениям и разрывам в отношениях привязанности между терапевтом и пациентом. Терапевт сопереживает тому, что происходит с пациентом в моменты этих разрывов и не предпринимает со своей стороны каких-либо защитных маневров. При этом на эмпатию терапевта не должно влиять то, в какой степени у пациента искажено восприятие реальности. Преодолеть искажения в отношениях между терапевтом и пациентом помогает сочувствие терапевта и его интервенции, в которых он связывает переживания прошлого с реакциями пациента в настоящем, тогда как попытки выяснить, «на чьей стороне правда» или защитная позиция, вряд ли будут способствовать достижению желаемого результата. Только *после* того как рабочие отношения сотрудничества между терапевтом и пациентом восстановлены, у терапевта появляется возможность оказать пациенту помощь в коррекции ошибочных представлений или восприятий.

Последовательное и понятное для пациента поведение терапевта является одним из главных факторов, способствующих ослаблению фобии привязанности и утраты привязанности и росту психической эффективности пациента. Доступность терапевта по первому требованию, даже если бы такое и было возможно, не принесло бы пациенту пользы. Однако очень важно, чтобы в терапевтических отношениях с пациентами, страдающими от последствий травмы, были оговорены параметры *регламентируемой доступности* терапевта на случай чрезвычайных ситуаций (Gunderson, 1996). Между пациентом и терапевтом должны быть установлены четкие правила, регулирующие их контакты, помимо запланированных сессий, такие, например, как телефонный звонок в кризисной ситуации. Пациент также должен знать, куда и к кому он может обратиться в случае кризиса, когда терапевт отсутствует.

Преодоление фобии привязанности

Жертвы травмы или, точнее, диссоциативные части их личности с фобией отношений привязанности очень часто прибегают к действиям, которые препятствуют отношениям или даже разрушают их. Они подавляют аффекты, связанные с отношениями привязанности и их разрывом (Slade, 1999). В раннем опыте этих пациентов опыт отношений привязанности оказался ассоциативно связан с переживаниями физической или эмоциональной боли, безжалостным отвержением или суровой критикой, неудовлетворенными потребностями и травматическими воспоминаниями. Зависимость может представляться им отталкивающей и «ребячески глупой», они прилагают особые усилия к тому, чтобы избегать АЛ, у которых есть потребности привязанности. Крайнее

отторжение вызывают у них АЛ, которые ощущают себя нуждающимся ребенком или даже младенцем. Например, АЛ, при формировании которых роль модели играла фигура насильника, презирают и стыдятся детских частей, жестоко наказывают их при разыгрывании паттернов травматической привязанности. Избегание отношений привязанности и фиксация на иных, отличных от привязанности системах действий у некоторых диссоциативных частей являются настолько сильными, что они могут полностью отрицать любые чувства и потребность связи с другими людьми: «Работа для меня – все, а отношения – это только пустая трата драгоценного времени». В таблице 13.1 приведен перечень некоторых интервенций, направленных на преодоление фобии привязанности.

В приведенном ниже фрагменте терапевтической работы основной темой является фобия привязанности, однако постепенно становится очевидным, что фобия утраты привязанности также играет определенную роль в отношениях пациента с его терапевтом. Рэй, пациент со сложным ПТСР, редко звонивший терапевту между сессиями, воспользовался своим правом на экстренный звонок, однако терапевт смог перезвонить ему только через несколько часов. Во время сеанса Рэй сильно извинялся за то, что побеспокоил терапевта своим звонком. Рэй считал, что терапевт сердится на него, однако при этом у него самого был весьма рассерженный вид. Терапевт попросил его рассказать о своих чувствах, а затем они вместе рассмотрели темы, связанные с отношениями привязанности, которые появились на сессии в связи с этим событием.

Терапевт: Вы обижаетесь и сердитесь на меня за то, что я не сразу перезвонил вам, и вы думаете, что эта пауза возникла из-за того, что я разозлился на вас? Мне очень жаль, если я дал вам повод думать так, я думаю, мы могли бы обсудить это. [*Эмпатическое понимание и восстановление отношений; поощрение презентификации через обращение к пациенту с предложением поразмышлять над тем, что происходит здесь-и-сейчас; терапевт избегает защитных оправданий своего поведения, действуя при этом в направлении активации систем привязанности и исследования пациента.*]

Рэй: Да. Ну, на самом деле, это не так все важно, ничего страшного [*избегает чувств и привязанности*]. Просто я знаю, что вы терпеть не можете, когда я звоню, поэтому-то вы так и, разозлились [*дорефлективное убеждение, проигрывание травматического опыта в отношениях, трудности ментализации, проекция*].

Терапевт: Что заставило вас так думать? [*постепенное приближение к дорефлективному убеждению, попытки понять дезадаптивные циклы перцептивно-моторных действий*].

Рэй: Ну, у вас был сердитый голос [*синтез восприятий с защитной позиции*].

Терапевт: Когда я перезванивал вам, я чувствовал себя уставшим. Возможно, поэтому у вас создалось впечатление, что мой голос звучит «сердито»?

Таблица 13.1

Интервенции, направленные на преодоление фобии привязанности

• Не следует поощрять формирование слишком сильной привязанности пациента к терапевту. Условия, при которых терапевт доступен для пациента, должны быть четко оговорены (терапевт не может и не должен быть доступен пациенту по первому его требованию). • Поведение терапевта должно быть последовательным и понятным для пациента. Пациенты с фобией отношений привязанности далеко не всегда негативно реагируют на опоздания и непоследовательность в поведении терапевта. Это расхолаживает терапевта, может стать причиной еще большей его невнимательности и небрежности в работе, что, в свою очередь, может еще больше усилить фобию привязанности пациента. • Постепенно, без нажима, привлекайте к обсуждению терапевтических отношений все диссоциативные части личности пациента. • Определите дорефлективные убеждения пациента, касающиеся отношений привязанности (например, «Все только и думают о том, чтобы урвать свое», «Сближение неизбежно приносит боль», «Зависимость – для младенцев»). Затем конфронтируйте пациента с этими убеждениями. • Выявите паттерны негативного оценочного обусловливания пациента, лежащие в основе его страха отвержения и критики («Я плохой и никчемный», «Я – мразь», «Я – шлюха»). • Работа с избегающими частями личности пациента на начальном этапе терапии должна проходить в рамках их ведущих систем действий (например, системы, отвечающей за активность в профессиональной сфере). Постепенно помогайте им познакомиться с другими частями личности, которые более склонны к отношениям привязанности, и поощряйте контакты между этими частями личности пациента. • Проанализируйте, какие затруднения вызывают у пациента эмоции, связанные с отношениями привязанности: любовь, ненависть, стыд и пр. • Избегайте чрезмерных проявлений заботы при взаимодействии с теми частями личности пациента, которые проявляют признаки фобии одиночества и оставленности, так как это может активировать защитные маневры тех частей, которым свойственна фобия отношений привязанности. • В подходящие моменты, не форсируя, помогайте пациенту говорить о его страхах, связанных с отношениями привязанности (отвержения, собственной потребности в таких отношениях и пр.). • Не предлагайте дополнительных контактов или переходные объекты, если пациент сам не просит вас об этом. Однако дайте понять пациенту, что все это может быть доступно для него в том случае, если это ему понадобится и пойдет ему на пользу. • Говорите о позитивном опыте пациента в тех случаях, когда ему удается установить хоть какие-то отношения привязанности (будьте при этом внимательными к сопротивлению пациента), постепенно затрагивайте тему трудностей, которые возникают у пациента в этих отношениях (например, одиночество, недостаток поддержки).

[*признание того, что восприятие пациента отличается от содержания коммуникации терапевта*]. Сейчас мне понятно, хотя тогда я не отдавал себе отчета в том, что вы, видимо, во время нашего разговора по телефону услышали в моем голосе что-то, что могло вас смутить и вызвать у вас болезненные переживания [*эмпатическая понимание*]. Вы были рассержены, обижены, и вам захотелось отстраниться [*терапевт предлагает описание всей последовательности перцептивно-моторного цикла* ***реализации****; признает актуальные переживания пациента*].

Рэй: Да. Возможно. Просто я размазня, всегда ною [*дорефлексивное убеждение и негативное оценочное обусловливание*]. Кому это может понравиться?! [*Чрезмерное обобщение.*] Мне стыдно, что я вообще позвонил вам [*стыд подкрепляет избегание потребности в контакте и подавляет другие аффекты; также указывает на фобию ментальных действий, а именно, потребности и желания заботы*].

Терапевт: Вы суровы по отношению к самому себе. Возможно, нам удастся понять, что стоит за этими мыслями [*терапевт открывает перед пациентом возможность для более рефлективных действий высокоуровневых тенденций, активируя его исследовательскую систему; указывает на взаимодействие между фобиями привязанности и утраты привязанности*]. Возможно, когда-то вы слышали подобные слова в свой адрес [*побуждает к синтезу и реализации прошлого и настоящего*].

Рэй: Да, мой отец говорил так обо всех нас, и иногда я слышу этот голос внутри себя, как будто наяву [*до некоторой степени пациент вовлекается в процесс реализации; его слова можно расценить как указание на активность преследующей диссоциативной части личности, которая участвует в защитных действиях*].

Терапевт: Похоже, отец не понимал ваших потребностей и не обращал на вас внимания, когда вы в чем-то нуждались и отчаянно просили его о помощи. Ребенок сильно страдает, когда родители игнорируют его право обладать своими собственными потребностями, а проявление этих потребностей служит поводом для наказания. Ребенку трудно самому в одиночку справится с такой ситуацией. [*Эмпатическое понимание и помощь пациенту в первых шагах на пути осознания того, что ребенок не может быть в ответе за ограниченность своего отца; вместе с тем психотерапевт сообщает пациенту мысль о том, что обладать потребностями – нормально и естественно.*]

Рэй: Да уж. Наверное, это было довольно-таки скверно. [*Речь пациента свидетельствует о недостаточной презентификации.*]

Терапевт: Возможно, чувства, которые вы испытали, когда пытались связаться со мной по телефону, были в чем-то схожи с теми, что вы могли бы переживать в то давнее время? [*Терапевт поощряет пациента к большей реализации, в том числе персонализации, данная интервенция связывает настоящее и прошлое в переживании пациента.*]

Рэй: Да! (плачет). Но голос внутри меня то и дело повторяет, что я – плакса! [*Активация диссоциативной части, исполняющей функцию защиты от болезненных аффектов и связи с терапевтом.*]

Терапевт: Похоже, что эти слова принадлежат некой части внутри вас, для которой пока еще недоступна точная оценка того, что происходит с вами в настоящем, и которая стремится оградить вас от возможной опасности, так как в детстве [*усиление презентификации]* и слезы, и внешнее выражение ваших потребностей были чреваты неприятностями для вас. Вероятно, и я для вас был таким же сердитым и отвергающим, как эта часть, когда вы пытались до меня дозвониться, а я не сразу перезвонил. Надеюсь, эта часть слушает сейчас нашу беседу, потому что мы с вами, конечно же, понимаем, что когда кто-то напуган или страдает, совершенно естественно искать помощи и поддержки других людей. Конечно, в детстве подобные попытки были для вас довольно рискованным предприятием, однако сейчас прежней угрозы не существует. [*Признание диссоциативной части и косвенное взаимодействие с ней через «проговаривание»; поощрение рефлексии; намек на проекцию перед необходимостью осознания которой стоит пациент. Терапевт понимает, что действия диссоциативных частей принадлежат разным уровням иерархии тенденций и разнонаправлены, так как служат достижению целей разных систем действий, опосредующих ту или иную диссоциативную часть (в данном случае, систем защиты и привязанности). Предоставление психологических знаний – интервенция, вскрывающая дезадаптивные защитные маневры и направленная на активацию системы привязанности; помощь в различении прошлого опыта и восприятия настоящего, то есть точной характеристике реальности настоящего и верной оценке контекста. Поощрение взаимодействия между диссоциативными частями и помощь пациенту в осознании себя как целостной личности и осуществлении синтеза, необходимого для достижения более высокого уровня адаптации.*]

Рэй: Мне все еще грустно, но мое настроение почему-то стало меняться к лучшему. Вы попали, куда надо (слабая улыбка). [*Психический уровень пациента повысился. Он может справляться со своими чувствами, присутствовать в настоящем, поддерживать связь с терапевтом. Отношения восстановлены.*]

Терапевт: Вы действительно очень страдаете. Боль стихает, когда можно поделиться ей с кем-то и понять, чем она была вызвана. К сожалению, ваш жизненный опыт учит вас бояться и избегать других людей. Все же вы решаетесь говорить об этом со мной сейчас. Что это для вас, как вы это переживаете? [*Терапевт продолжает интервенции, направленные на усиление презентификации и поощрение отношений надежной привязанности.*]

Рэй: Пока нормально. Вроде как приятно то, что вы понимаете меня. Хм, кажется, и *сам я* тоже начинаю понимать! [*Усиление реализации, включая персонификацию, повышение психического уровня.*]

Преодоление фобии утраты привязанности

Люди, пострадавшие от психической травмы, точнее, отдельные диссоциативные части их личности с фобией отвержения предпринимают все возможное для сохранения отношений привязанности и зависимости. Так как «крик привязанности» часто сопровождается переживанием паники, то состояния дистресса обладают для них высоким приоритетом как сигналы возможной утраты объекта привязанности. Они становятся одержимы неистовым поиском того, что может принести им утешение и облегчение, и ради этого они часто вступают в запутанные и очень интенсивные отношения (Slade, 1999). Находясь в терапии, эти пациенты крайне обеспокоены вопросом доступности терапевта в буквальном смысле и часто бывают очень расстроены по поводу отсутствия терапевта, будь оно плановым или непредвиденным. Они очень внимательны к тончайшим нюансам в поведении терапевта, часто неверно интерпретируя их как отвержение или критику, или как признаки неминуемого разрыва отношений. Другими словами, они формируют дорефлективный прогноз относительно их отношений с терапевтом, согласно которому терапевт в конце концов откажется от них, при этом преследующие или защищающие АЛ могут усиливать внутреннее чувство угрозы отвержения, только усиливая чувство отчаяния. С непрестанными попытками пациента заручиться поддержкой, заботой со стороны терапевта, получить от него утешение, часто бывают связаны разнообразные замещающие действия, такие как самоповреждение, экстренные телефонные звонки или просьбы более частых встреч.

С какой бы частотой ни встречались пациент и терапевт, этого всегда будет недостаточно до тех пор, пока происходит разыгрывание паттернов травматической привязанности в терапевтических отношениях, а интервенции, направленные на совладание с тревогой, связанной с возможным разрывом отношений привязанности, и восстановление этих отношений будут приносить лишь временное облегчение этой тревоги. *В том случае, когда пациент начинает демонстрировать признаки очень сильной фобии утраты привязанности, интервенции терапевта должны быть адресованы не только тем частям, которые боятся отвержения и разрыва отношений, но также частям, которые избегают привязанности и пытаются изнутри препятствовать терапевтическим отношениям.* В таких ситуациях терапевт помогает пациенту в формировании отношений адаптивной зависимости, задачей которых является укрепление *чувства уверенности и безопасности* у пациента, а не предоставляет гарантии своей доступности по первому требованию пациента (Steele et al., 2001). Однако необходимо помнить о риске того, что зависимость пациента в терапии может приобрести дезадаптивный характер, это характеризуется чрезмерной концентрацией внимания на стремлении восстановления отношений с фигурой привязанности («крике» привязанности) АЛ в ущерб решению задач повседневной жизни (Steele et al., 2001). Для того чтобы этого не случилочь, необходимо соблюдать определенные рамки и гра-

ницы в терапевтических отношениях. Поэтому перед пациентом ставится задача научиться доверять не только терапевту, но и тем частям своей личности, которые могут функционировать на достаточно высоком уровне. Однако эта работа не может быть выполнена в одностороннем порядке усилиями одного только терапевта, так как внутренние разыгрывания травматических отношений должно преодолеваться самими диссоциативными частями, и это требует активного вовлечения всех частей личности. Это означает, что должны поощряться проявления эмпатического понимания со стороны ВНЛ и наиболее адаптивных АЛ пациента в отношении нуждающихся АЛ. Слишком сильные потребности в отношениях зависимости могут стать причиной дезадаптации, так как, стремясь к их удовлетворению, пациент подчас прилагает отчаянные усилия, которые не приносят искомого утешения, но лишь раскручивают непрерывную спираль, когда попытки установить отношения зависимости сменяются отчаянием и беспомощностью. В итоге пациент прибегает к таким замещающим действиям, как самоповреждение или серьезные нарушения границ в отношениях с терапевтом или значимыми другими людьми. В данном случае чем больше терапевт будет поощрять зависимость пациента в терапевтических отношениях, позволяя пациенту вновь и вновь прибегать к замещающим действиям, тем более регрессивные формы будет принимать зависимость пациента. Таким образом, задача терапевта состоит в том, чтобы найти баланс, с одной стороны, между принятием потребностями пациента в зависимых отношениях и его желанием их обрести, созданием необходимых условий для формирования надежной привязанности, а с другой – контейнированием этих потребностей, насколько позволяет психический уровень пациента *и* терапевта. *Важно, чтобы терапевтические отношения были организованы так, чтобы в них пациент получил возможность переживать и перерабатывать аффекты в безопасных для него объемах, постепенно развивая способность регуляции аффекта.* Регуляция аффекта играет ключевую роль в успешном преодолении фобии утраты привязанности, поскольку эта фобия связана с сильными аффектами стыда, гнева и паники. Частая ошибка, которую совершают терапевты в работе с такими пациентами, состоит в том, что одновременно с появлением и развитием отношений привязанности они не уделяют должного внимания развитию у пациента навыков регуляции аффекта. Необходимо, чтобы пациент, хотя бы в некоторой степени отдавал себе отчет в том, что терапевт никогда не сможет удовлетворить потребности в привязанности пациента во всем их объеме. В таблице 13.2 приведены некоторые основные интервенции, направленные на преодоление фобии утраты привязанности и учитывающие уровень аффективной толерантности пациента.

Главной темой в эпизоде сессии, описание которого приведено ниже, является преодоление фобии привязанности. Рита, пациентка с РДИ, испытывает сильный страх, что терапевт откажется от продолжения работы с ней после того, как она рассказала ему о некоторых событиях своей жизни, которых она стыдится.

Таблица 13.2

Интервенции по преодолению фобии утраты привязанности

- Прежде всего, необходимо установить правила, регламентирующие контакты, в том числе вне сессий, между пациентом и терапевтом. Эти правила играют ключевую роль в установлении отношений надежной привязанности в терапии. Терапевт не должен быть доступен по первому требованию пациента.
- Соблюдайте правило, устанавливающее продолжительность сессии. Необходимо строго соблюдать договоренности о времени начала сессий.
- Прежде чем отвечать согласием на просьбы пациента о расширении возможностей контактов вне сессий и добавочных сессиях, терапевт должен оценить потребности и возможности пациента как индивида в целом. Увеличение (как и уменьшение) возможностей для контактов и количества сессий далеко не всегда идет на пользу пациенту. Говорите о том, что стабильность и регламент терапевтической работы не могут быть абсолютными; в терапии неизбежны перерывы, паузы, а терапевт, как и любой человек, может ошибаться.
- Сообщите пациенту ваше обычное расписание присутствия в офисе.
- Заранее поместите на видном месте табличку, в которой отмечены даты вашего запланированного отсутствия.
- Если в этом есть необходимость, позаботьтесь о том, чтобы у пациента была возможность обратиться к другому терапевту во время вашего отсутствия.
- Обговорите условия опозданий или пропусков сессий (как пациента, так и ваших).
- При обсуждении страхов пациента оказаться оставленным не давайте нереалистичных обещаний, таких как «всегда быть здесь» или «никогда его не оставлять».
- Дайте пациенту твердое обещание, что, если непредвиденные обстоятельства вынудят вас прервать работу с ним, вы предупредите пациента об этом как можно раньше и поможете ему найти другого терапевта.
- Говорите с пациентом о том, какую роль играют преследующие и защищающие части его личности в создании установки критики и отвержения, направленной на самого себя, что может, например, выражаться в таких коммуникациях со стороны этих частей, как: «Да ты просто плакса, поэтому нет ничего удивительного, что этот глупый терапевт тебя ненавидит!» (негативное оценочное обусловливание).
- Что бы вы ни делали в терапии, вы никогда не сможете полностью «возместить» дефицит привязанности в прошлом вашего пациента.
- Поддержка и утешение приносят свои плоды, однако не являются конечной целью и их недостаточно для того, чтобы преодолеть последствия тяжелой утраты. Поддержка и утешение помогают решению задачи повышения психического уровня пациента и усиления его способности к более адаптивным формам поведения.
- Терапевт неизбежно переживает вместе с пациентом состояние безнадежности и отчаяния. Это является необходимой частью процесса терапии.
- Терапевт должен выдерживать проявления переживаний пациента, которые самому пациенту кажутся невыносимыми, и оказывать пациенту помощь в их преодолении, сообразуясь при этом с индивидуальным темпом пациента («Если я выражу ту боль, которую я прячу глубоко внутри себя, вы не вынесите этого и убежите»).
- Исследуйте дорефлективные убеждения пациента в отношении зависимости, автономии и самостоятельности, затем конфронтируйте пациента с ними и подвергните их проверке.

- Следует установить четкие и понятные правила для экстренных телефонных звонков.
- При ответе на телефонные звонки оставайтесь в рамках договоренностей, не давайте повода пациенту искать дополнительных возможностей для контакта с вами при помощи телефонных звонков.
- Содержание телефонных коммуникаций между пациентом и терапевтом должно быть ограничено вопросами поддержки, ориентации, безопасности и помощи, адресованной диссоциативным частям личности пациента для того, чтобы их взаимодействие в кризисной ситуации стало более адаптивным.
- Дополнительные звонки должны быть ограничены по времени и предназначены только для экстренной связи с терапевтом в кризисных состояниях. Данная форма коммуникации не должна приобрести характер регулярной и постоянной поддержки, так как для большинства пациентов это может стать поводом формирования зависимости от терапевта, проработка которой в терапии будет крайне осложнена.
- Необходим анализ содержания экстренных звонков и внеочередных сессий для того, чтобы определить роль скрытых мотивов, связанных с потребностями привязанности, в поиске пациентом подобных дополнительных контактов с терапевтом. Все эти темы должны обсуждаться только при очной встрече пациента и терапевта во время плановых сессий.
- Следует поощрять пациента не отыгрывать свои переживания, а учиться символизировать их, предпочтительно при помощи вербальных средств.
- Поддерживайте границы в терапевтических отношениях.
- Помните, что разные диссоциативные части личности пациента обладают разными потребностями и, соответственно, особыми устойчивыми перцептивно-моторными циклами действий, связанными с отношениями (утратой) привязанности. Постарайтесь передать это свое понимание пациенту для расширения его синтеза и *реализации.*

Рита: (переключение на детскую АЛ) Вы бросите меня? Я знаю, я такая плохая! [*Для пациентки рассказ о том, что вызывает у нее чувство стыда, является условным стимулом, который предвещает ситуацию отвержения. Эта связь представлена в дорефлективном убеждении. Условный стимул реактивирует состояние паники из-за угрозы повторения ситуации отвержения. Другими словами, одним из элементов перцептивно-моторного цикла пациентки является представление о том, что ее отвергают из-за того, что она говорит о чем-то постыдном.*]

Терапевт: Что сейчас происходило с той другой частью вас? [*Прежде чем говорить о самом состоянии паники, терапевт обращает внимание пациентки на тот факт, что переключение между частями ее личности произошло как реакция на возникшее состояние паники.*]

Рита: Не знаю. Вы хотите, чтобы я ушла, потому что я плохая? (плачет, что-то бормочет). [*Беспомощность и детское поведение, которые демонстрирует пациентка, используются ей (неосознанно) как призыв к терапевту проявить заботу и поддержать ее. Конечно, забота и поддержка временами*

необходимы, однако они не должны играть на руку избеганию необходимости постепенной конфронтации пациента с его внутренними конфликтами, без которой невозможно разрешение этих конфликтов (*например, конфронтация с ненавистью, которая одна часть личности, содержащая травматический опыт, испытывает по отношению к детским частям*) *или конфронтации с фобиями* (*например, эмоциональных потребностей*).]

Терапевт: Может ли эта часть сейчас присоединиться к нам, а также и другие части, все по возможности? Тогда все ваши части могли бы присутствовать сейчас здесь и участвовать в обсуждении этой очень важной темы. Вы не хотите, чтобы я оставил вас, однако чувство как будто бы я присутствую здесь «не полностью», скорее всего, будет сохраняться до тех пор, пока не все ваши части принимают участие в нашем разговоре. [*Терапевт поощряет внутреннюю коммуникацию и сотрудничество между частями личности пациентки для того, чтобы повысить ее психический уровень, а также уровень персонификации и презентификации; прежде чем затронуть темы страха отвержения и ощущения себя плохой, терапевт помещает в фокус терапевтической работы маневры избегания других частей личности.*]

Рита: Но я ведь не нравлюсь вам? [*Пациентка продолжает избегать контакта с другими частями своей личности и оказывает давление на терапевта с тем, чтобы тот успокоил ее, экстернализируя, таким образом, свой внутренний конфликт.*]

Терапевт: Я испытываю сочувствие и симпатию ко все частям вашей личности как частям единого целого. Я полагаю, что участие всех этих частей, насколько это возможно для них, в нашей беседе является важным, так как у меня сложилось впечатление, что из-за того, что некоторые части вашей личности не нравятся вам самой, и *вы* убеждены, что вы плохая, вы думаете, что я откажусь от вас. Это так? [*Терапевт отвечает искренне, в то же время помещая в центр внимания проблему рефлексивной самооценки пациентки.*]

Рита: Да, конечно, это так. Вы обещаете не оставлять меня? Я буду хорошей, я обещаю! [*Пациентка вновь избегает внутреннего конфликта. Она остается фиксированной на призыве к фигуре привязанности* («*крик привязанности*») *и поведении подчинения.*]

Терапевт: Конечно, вы не хотите, чтобы я отказался от вас, я и не собираюсь этого делать, вы также не должны угождать мне, чтобы я остался. У нас есть договоренность о совместной работе, которой мы оба придерживаемся. То, что я на какое-то время уезжаю, не означает, что мое отношение к вам как-то изменилось. Давайте попробуем разобраться с вашим страхом того, что я оставлю вас, потому что, как вы думаете, вы плохая?

Рита: Да, конечно, мы очень плохие, мы рассказывали здесь о таком, что теперь вы наверняка испытываете к нам отвращение. Все меня бросают [*чрез-*

мерное обобщение]. Они насмехаются надо мной, потому что я очень плохая. Да, я действительно такая. [*Пациентка раскрывает дорефлективные убеждения, демонстрирует крайне ограниченные персонификацию и презентификацию, испытывает стыд.*]

Терапевт: Вы рассказываете сейчас об очень болезненных переживаниях. А что вы чувствуете сейчас? [*Попытка эмпатического понимания. Терапевт поощряет презентификацию, активирует системы исследования и привязанности, ослабляя защиты вокруг призыва к фигуре привязанности* (*не устраняя сам призыв, но пытаясь регулировать его интенсивность*), *то есть активируя тенденции более высокого уровня.*]

Рита: В общем нормально. Мне не так страшно. Чувствую себя спокойнее.

Терапевт: Хорошо. Тогда давайте продолжим разговор об этом со всеми теми частями, которые сейчас присутствуют здесь. [*Терапевт поощряет внутреннюю коммуникацию и сотрудничество; убеждается в том, что эта задача не превышает способности пациентки к интеграции; вновь обращается к ее внутренней борьбе.*]

РЕЗЮМЕ

Фобии привязанности и утраты привязанности оказывают огромное влияние на жизнь жертв хронической травмы, поэтому они проявляются в терапевтических отношениях на всех фазах терапии. Так как отношения привязанности являются своего рода матрицей, на основе которой развивается терапевтический процесс, то преодоление этих фобий необходимо для достижения поставленных терапевтических целей. Формированию отношений надежной привязанности будет, скорее, способствовать регламентированная доступность терапевта для пациента, а не доступность по первому требованию. Благодаря отношениям надежной привязанности развиваются процессы синтеза и *реализации* (интеграции), в итоге повышается психический уровень. Однако на этом пути и пациент, и терапевт сталкиваются с серьезными трудностями из-за того, что в прошлом у пациента сформировались устойчивые связи между отношениями привязанности и страданиями (эмоциональными и физическими), а также из-за фиксированных перцептивно-моторных циклов, включенных в отношения привязанности. Пациенты или диссоциативные части их личности, страдающие от фобии привязанности, часто совершают действия, препятствующие отношениям или разрушающие их, тогда как диссоциативные части с фобией *утраты* привязанности пытаются предотвратить ситуации отказа или отвержения. Фобии привязанности и утраты привязанности тесно связаны между собой и влияют друг на друга. Однако эти фобии могут активировать разные поведенческие системы и аффекты, поскольку связаны с разными частями личности. Поэтому терапевт должен быть очень внимателен к нюансам проявлений разных диссоциативных частей личности пациента и учитывать в свое работе эти особенности.

Как правило, пациенты, страдающие от последствий хронической травмы, демонстрируют фобию установления контакта с терапевтом в начале терапии. Эта фобия связана не только с избеганием отношений привязанности, но и ментальных действий, особенно травматических воспоминаний. Понижение психического уровня терапевта в ответ на интенсивные переживания пациента приводит либо к контрпереносному слиянию, либо к созданию слишком большой дистанции в терапевтических отношениях (то есть замещающим действиям нижних уровней в иерархии тенденций). Терапевт должен соблюдать определенную меру в своих интервенциях так, чтобы они не приводили к активации фобии привязанности или утраты привязанности у тех или иных частей личности. В данной главе приведено описание интервенций, направленных на преодоление этих фобий отношений. Фобии привязанности и утраты привязанности тесно связаны с другими фобиями ментальных действий, диссоциативных частей, травматических воспоминаний и перемен.

ГЛАВА 14

Первая фаза терапии

Преодоление фобии ментальных действий, связанных с травмой

> Я не находила слов для того, чтобы объяснить кому бы то ни было, почему я сверх меры загрузила себя делами, стала такой отстраненной и бесчувственной… Вряд ли кто-то смог бы понять, что соприкоснуться с собственными переживаниям означало бы для меня открыть ящик Пандоры.
>
> *Мэрилин Ван Дербур* (Van Derbur, 2004, p. 98)

Адаптивность нашего функционирования зависит от качества ментальных действий: восприятия, прогнозирования, чувств, мышления, желаний, потребностей, принятия решений. В то же время эффективное поведение вряд ли было бы возможно без элементарных рефлексов. Ментальные действия точно так же, как и моторные, могут принадлежать разным уровням сложности. Некоторые из этих уровней могут быть описаны при помощи модели иерархии тенденций к действию (см. главу 9). Иногда для эффективного функционирования достаточно простых действий. Например, при поездке на велосипеде, просмотре ТВ программ, автоматические ментальные действия в сочетании с моторными актами обеспечивают хорошую результативность. Однако другие ситуации могут потребовать от индивида рефлексии – психического действия более высокого уровня. Основными характеристиками рефлективных психических действий являются: персонификация и презентификация переживаний и поведенческих актов; осознание ментальных действий, относящихся к более низким уровням иерархии; а также понимание того, следует ли продолжать внутреннее переживание поведенческим актом.

Ментальные действия играют важную роль во всех ситуациях. Так, страх помогает нам справиться с угрозой, любовь позволяет сохранить связь с любимым человеком, когда в отношениях возникает конфликт. Желание чего-то может вдохновить нас на выбор цели, для достижения которой мы сосредоточим наши усилия. Мышление, помогая нам находить смысл происходящего

и понимать его, позволяет быть более эффективными в решении задач адаптации в нашей жизни. Сигналы телесных ощущений помогают нам распознать, какие эмоции мы испытываем, здоровы мы или заболеваем, контролировать движение и действия во внешнем мире, а также плохо ли хорошо ли служат формированию образа нашего тела.

Однако диссоциативные части личности людей, переживших психическую травму, часто избегают осознания определенных ментальных действий. Целям избегания служат, например, рассеянность, преуменьшение значимости вплоть до полного игнорирования мыслей, чувств и пр. Такое избегание может негативно влиять на эффективность и результативность функционирования индивида в повседневной жизни. Избегание ментальных действий главным образом направлено против осознания некоего психического содержания, которое может повлечь за собой слишком сильные страдания у пациента или некоторых частей его личности. Однако такое осознание необходимо для решения задач интеграции и повышения уровня функционирования пациента. Рассмотрим в качестве примера такую рефлективную мысль, которая могла бы возникнуть у пациента: «Возможно, я не настолько глуп, как говорил когда-то мой отец. Возможно, он хотел сделать мне больно, оскорбить, и это не имело никакого отношения к реальной оценке моих умственных способностей. Так проявлялась его жестокость по отношению ко мне». Сама эта мысль может содержать угрозу, так как сопряжена с воскрешением воспоминаний о проявлениях жесткости, к интеграции которых пациент пока не готов. Такие телесные ощущения, как осознание причиненной самому себе боли и физических повреждений, также могут стать угрожающими, потому что осознание их причин может вызвать сильные чувства стыда и отвращения к самому себе. Невыносимыми оказываются и чувства, связанные с эмоциональными переживаниями и потребностями, такими как отношения надежной привязанности. Разумеется, избегание ментальных действий само по себе является психическим действием. Мы будем называть страх и избегание таких интегративных действий *фобией ментальных действий, связанных с травмой*.

Неспособность к синтезу и *реализации* связанных с травмой ментальных действий является главным фактором сохранения структурной диссоциации и препятствием презентификации. Поэтому основной задачей терапии жертв хронической травмы является преодоление фобий чувств, мыслей, желаний, фантазий, потребностей, ощущений и воспоминаний, связанных с травмой. Многие психодинамические конфликты и когнитивные искажения могут быть поняты как производные этих фобий (см.: McCullough et al., 2003). Пациенты, как правило, обладают определенным репертуаром физических, социальных и ментальных действий, направленных на избегание определенных ментальных действий или их «аннулирование». Они также формируют замещающие убеждения, оправдывающие и закрепляющие действия избегания в повседневном функционировании (например, «Чувства – это плохо», «Мое тело от-

вратительно», «Если я позволю себе расплакаться, то я уже никогда не остановлюсь, и мои рыдания будут длиться вечно»).

Целенаправленность и эффективность функционирования предполагают способность индивида к синтезу разных типов психических и физических действий, в том числе телесных ощущений и эмоциональных переживаний. Например, восприятие ситуации связывается с соответствующими телесными и эмоциональными переживаниями, затем совершаются действия, которые находятся в соответствии с восприятием и эмоциональным переживанием ситуации. На путях достижения целей одной или нескольких систем действий мы стараемся осуществлять синтез определенных восприятий окружающей среды, эмоциональных переживаний и телесных ощущений, а также мыслей, желаний и решений, составляющих перцептивно-моторные циклы. Однако люди, пережившие травму, склонны избегать или подавлять ментальные действия и поведенческие акты, связанные с травматическими воспоминаниями, поскольку эти действия могут реактивировать эти болезненные воспоминания, закодированные на сенсомоторном уровне и связанные с разрушительными негативными эмоциями. Переживание определенных эмоциональных состояний является одним из тех видов ментальных действий, которые вызывают страх и, соответственно, избегание. В силу процессов генерализации самые разные эмоциональные проявления, принадлежащие широкому спектру, могут стать фобическим стимулом так называемой *фобии аффекта* (McCullough, 1991; McCoullough et al., 2003), которую другие авторы обозначают как *избегание переживания* (*experiential avoidance*) (Hayes et al., 1996, p. 1154). Эта фобия часто встречается у людей, переживших психическую травму и, как правило, свойственна их ВНЛ. Поскольку аффективные переживания, такие как страх, гнев, стыд, являются неотъемлемой частью определенных перцептивно-моторных циклов, то фобии аффекта приводят к формированию фобий данных циклов ментальных и поведенческих действий. Например, фобия эмоции гнева может вызвать фобию защитных действий, которая будет проявляться в недостатке уверенности в себе, ослаблении способности отстаивать свои интересы и позиции. Конечно, между фобией ментальных действий и фобией поведенческих актов, имеющих отношение к травматическому опыту, также есть прямая связь (см. также главу 10). Однако, поскольку, многие руководства по лечению фобий уделяют много внимания именно фобии ментальных действий, то здесь мы не будем останавливаться на этой теме отдельно.

К фобиям вызванных травмой ментальных действий относятся, в частности, фобии травматических воспоминаний и диссоциативных частей. Диссоциативные части личности могут иметь разные, а порой и противоположные интересы, цели и задачи. Эти различия часто приводят к конфликтам между разными частями личности и лежат в основании импульсивного и непоследовательного поведения. В начале лечения терапевт проводит систематический анализ действий, которыми пациент владеет, и тех, которых он избегает. После этого терапевт изучает формы, которые у определенных диссоциатив-

ных частей приобретает избегание *реализации* переживаний и фактов, воспринимаемых как угрожающие, таких как существование (других) диссоциативных частей и травматические воспоминания.

Кроме анализа фобии связанных с травмой ментальных действий, терапевт должен исследовать другие причины возможных нарушений регуляции аффекта. Например, соответствующие навыки могут совершенно отсутствовать у пациента из-за того, что в его окружении в прошлом не было подходящих моделей, подражая поведению которых он мог бы овладеть этими навыками. Значимые взрослые, которые уделяют ребенку мало внимания или жестоко с ним обращаются, как правило, оказываются слишком плохой моделью для формирования навыков регуляции аффекта. Вместо того, чтобы успокоить ребенка и оказать ему поддержку в регуляции аффекта, они устанавливают жесткие запреты и наказывают его за такие вполне уместные регуляторные действия, как проявления обоснованного страха, грусти или гнева, а также за обращение за утешением, поддержкой или помощью в разрешении конфликтов. Кроме того, они могут подкреплять неэффективные формы регуляции аффекта, такие как инверсия роли, когда ребенок начинает заботиться о жестоко обращающимся с ним взрослым и пренебрегает своими собственными потребностями.

РАБОТА СО СВЯЗАННЫМИ С ТРАВМОЙ МЕНТАЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ НА РАЗНЫХ ФАЗАХ ЛЕЧЕНИЯ

Первая фаза терапии должна начинаться с работы с фобиями ментальных действий, связанных с травмой, так как преодоление этих фобий является обязательным условием работы с диссоциативными частями и травматическими воспоминаниями. Наиболее часто встречающейся ошибкой является обращение к травматическим воспоминаниям пациента (вторая фаза), прежде чем он научится понимать и регулировать сильные эмоции и другие ментальные действия и справляться с ними (см.: Wald & Taylor, 2005). Две стратегии интервенций, используемые с самого начала первой фазы, будут наиболее эффективными для того, чтобы помочь пациенту преодолеть фобию связанных с травмой ментальных действий. Прежде всего, это использование терапевтических отношений как фактора регуляции внутреннего состояния пациента (Brown et al., 1998). Вторая стратегия заключается в формировании навыков саморегуляции пациента и может быть реализована как в ходе индивидуальной терапевтической работы, так и в специальных группах тренинга (см. ниже). *Прежде чем переходить ко второй фазе терапии, необходимо повысить психический уровень тех диссоциативных частей, которые будут включены в процесс интеграции определенного травматического воспоминания, так, чтобы решение задач второй фазы увенчалось успехом и не повлекло за собой резкого ухудшения функционирования отдельных частей и личности пациента в целом.*

Вторая фаза лечения, направленная на синтез и *реализацию* травматических воспоминаний, предполагает, что пациент будет в состоянии справляться с довольно интенсивными эмоциональными переживаниями, при этом интенсивность переживаний не должна выходить за пределы возможностей регуляции пациента, определяемых его психическим уровнем. Так как проработка травматических воспоминаний сопряжена с болезненными эмоциями, ощущениями, мыслями и значениями, то диссоциативные части, участвующие в интеграции конкретного травматического воспоминания, должны быть в достаточной степени мотивированы и способны к выполнению и завершению всех необходимых ментальных действий благодаря сотрудничеству и взаимной эмпатии. Ожидаемым результатом является то, что впоследствии данное травматическое воспоминание не вызовет у этих диссоциативных частей ни избегания, ни нарушения регуляции. Воспоминание должно стать частью автобиографического нарратива индивида.

На последней фазе лечения – *интеграции личности и реабилитации* – основной задачей является помощь пациенту в том, чтобы он научился действовать во внешнем мире с максимальной эффективностью. Хотя фобии большинства вызванных травмой ментальных действий прорабатываются и разрешаются на первой и второй фазах, работа с некоторыми из них продолжается и на третьей фазе (например, с фобией близости). На этой фазе пациент учится жить со своими положительными и отрицательными эмоциями, чувствами, мыслями, желаниями; переносить конфликты и амбивалентность в жизни и отношениях; открывает для себя, что физические ощущения и эмоции, а также *реализация* этих и других действий способствуют эффективному поведению.

АНАЛИЗ ФОБИИ СВЯЗАННЫХ ТРАВМОЙ ДЕЙСТВИЙ

Терапия начинается с анализа структуры и функционирования личности пациента в целом, в частности, с анализа фобий действий, связанных с травмой. Благодаря этому исследованию становится понятно, какие диссоциативные части могут и желают исполнять определенные действия, такие, например, как рефлексия, а какие – нет. Затем терапевт способствует усилению частей, обладающих более высоким психическим уровнем, и поощряет их к взаимодействию и поддержке частей, которые менее способны к определенным ментальным действиям из-за низкого уровня психической энергии и эффективности. Например, оценка структуры и функционирования личности пациента может показать, что пациент обладает ВНЛ с относительно высоким психическим уровнем, которая в состоянии оказать помощь и поддержку подавленной и растерянной детской АЛ. Забота ВНЛ может заключаться в том, что она будет успокаивать, подбадривать АЛ, а также корректировать преувеличенные представления об угрозах в настоящем, помогая таким образом АЛ справиться с ее страхами. Поддержка диссоциативных частей с низким психическим

уровнем может осуществляться с помощью интервенций контейнирования до тех пор, пока психическая эффективность этих частей не возрастет.

Один из аспектов анализа функционирования личности пациента состоит в определении фобических реакций одних диссоциативных частей на другие. Фобия означает, что некоторая диссоциативная часть боится или питает отвращение и/или неприязнь в отношении ментальных действий, поведенческих актов и внутреннего содержания, то есть чувств, мыслей, фантазий, желаний, решений, поступков другой диссоциативной части. Таким образом, фобическая часть будет стремиться к сохранению внутренней дистанции с действиями той другой части и, в конечном счете, с ней самой. Таким образом, одни диссоциативные части могут испытывать страх перед осознанием ментальных действий, принадлежащих другим частям, и сформировать обусловленное избегание этих частей. Часто избегание является избирательным и относится к определенным чувствам и ощущениям (таким, например, как гнев и сексуальное возбуждение), тогда как переживание других чувств и ощущений допустимо (например, грусть и физическая боль). Однако некоторые части могут избегать любых эмоциональных проявлений (демонстрируя, например, полное блокирование эмоциональных реакций или поведение отстраненного интеллектуализирующего наблюдателя) или каких бы то ни было ощущений (например, части, у которых отсутствуют телесные ощущения, или части, утверждающие, что они мертвы).

Терапевт должен учитывать, что диссоциативные части могут иметь отличающиеся представления о самих себе и о других частях, а также разные позиции по определенным вопросам. Более того, контактирующая с терапевтом в данный конкретный момент часть личности пациента может и не догадываться о том, что между другими частями могут быть конфликты в отношении определенных тем. Например, ВНЛ Деборы, пациентки с НДР, отрицала мысли о суициде. Однако другая ее часть, с которой терапевту удалось установить контакт, не только пребывала в безысходном отчаянии, но и готовила план самоубийства, предполагая утопиться в ванной.

Замещающие убеждения и дезадаптивные когниции

Например, замещающее убеждение «Злиться опасно» служит избеганию переживания гнева жертвы травмы в отношении насильника. Другое замещающее убеждение «Плаксам всегда все плохо» может быть связано с избеганием сильного чувства печали по поводу того, что когда-то произошло в прошлом. Опыт ранних отношений научил пациента, что чувства или другие ментальные действия являются чем-то опасным и могут причинить ему вред. Фобия ментальных действий может развиться, например, потому, что пациент никогда не получал достаточной социальной поддержки, которая позволила бы ему достичь уровня психической эффективности, необходимого для исследования, выражения и регуляции переполняющих его эмоциональных переживаний. Некоторых пациентов в детстве наказывали и били за выражение

определенных чувств, и они твердо усвоили этот урок «*Если* я позволю проявиться своим чувствам, *то* меня будут бить». Впоследствии они сформировали основанные на телесных реакциях стратегии защиты от определенных чувств, так как некоторые эмоциональные проявления стали для них условным стимулом, предвещающим акт физического насилия. В терапии это, например, может проявляться в том, что пациент вдруг буквально съеживается, сидя в своем кресле, в ужасе ожидая, что терапевт станет кричать или даже накинется на него с побоями за то, что у него появились какие-то потребности и желания. В других случаях часть личности пациента, которая всегда вступает в противоборство и дает отпор, почувствовав опасность, может угрожать терапевту, так как воспринимает его как источник болезненных переживаний, или же для того, чтобы не дать другим диссоциативным частям возможность выразить их потребности в заботе и внимании. Отвержение и издевательства в прошлом могут стать причиной того, что пациент будет считать некоторые свои переживания постыдными (Gilbert, 2000): «*Если* я буду плакать, *то* люди будут надо мной смеяться и называть плаксой». Поэтому избегание таких пациентов определенных ментальных действий, ставших условными стимулами, ассоциированными с переживаниями отвержения, преследует цель сохранения отношений привязанности и социальных позиций.

Пациенты, фиксированные на тенденциях к действию, принадлежащих более низким уровням в иерархии, могут обладать дезадаптивными убеждениями крайне примитивного и буквального характера: «Если я злюсь, значит, я во всем похож на моего садистического отца, который тоже злился». Если при помощи терапевтических интервенций психический уровень таких пациентов растет, то у них появляется возможность заменить эти дезадаптивные убеждения на другие: «Моя злость может быть конструктивной, а я – другой человек, не такой, как мой отец. Я чувствую и веду себя по-другому». На ранних этапах терапии необходимо выявить нерефлективные убеждения, которые когда-то в прошлом могли быть адаптивны, но совершенно бесполезны в настоящий момент. Терапевтическая работа с этими убеждениями может состоять в постепенной проверке пациентами на собственном опыте истинности этих убеждений как во время сессий, так и вне терапии.

Подавление и активация связанных с травмой ментальных действий

Одна из задач анализа функций и структуры личности пациента состоит в том, чтобы определить, какие части личности пациента подавляют связанные с травмой ментальные действия и как именно они это делают, а также выявить те части, которые склонны к разрушительным аффективным реакциям. Фобии связанных с травмой ментальных действий могут проявляться как самые разные маневры избегания. *Подавление* аффекта у некоторых диссоциативных частей может быть очень сильным: многие ВНЛ очень часто так или иначе прибегают к подавлению конфликтных, болезненных или же при-

ятных ощущений и чувств, которые становятся объектом избегания или же оцепенения, деперсонализации у этих ВНЛ. Эти диссоциативные части также склонны к избеганию интенсивных и конфликтных отношений с другими людьми, так как это позволяет им контролировать активацию сильных чувств.

Однако довольно часто некоторые диссоциативные части переживают очень сильные, интенсивные чувства или ощущения. Как правило, это свойственно АЛ, однако может встречаться и у ВНЛ. На первый взгляд, кажется, что у людей, переживающих такие сильные чувства, не должно быть фобии аффекта, скорее, создается впечатление, что они слишком сосредоточены на своих эмоциональных проявлениях и находятся под их влиянием. Однако на самом деле у них может быть фобия в отношении других эмоций, тех, что все еще требуют *реализации,* например, тех эмоций и ощущений, которые связаны с опытом отсутствия заботы, плохого обращения и насилия. Если ВНЛ избегает *реализации* этих чувств, то АЛ не способны к *реализации* пережитых когда-то травмирующих событий как фактов, относящихся к прошлому, так как АЛ остаются фиксированными на травматических воспоминаниях. В эмоциональной сфере некоторых АЛ доминируют такие аффекты, как гнев, ужас, паника, которые они не в состоянии регулировать. Даже обычные бытовые трудности могут вызвать у АЛ переживание интенсивных негативных эмоций, особенно в тех случаях, когда ВНЛ отвергает АЛ или дистанцируется от них. Эти эмоции, которые, как правило, служат защите от *реализации,* очень часто оказывают дезорганизующее и разрушительное влияние на функционирование ВНЛ, воспринимающую эти вспышки аффекта как вторжение эмоций, смысл которых ей непонятен. Таким образом, ответом ВНЛ на такие вторжения будет формирование фобического избегания как травматических воспоминаний, так и тех АЛ, которые эти воспоминания содержат, потому что ВНЛ очень боится того, что актуализация травматических воспоминаний приведет к невыносимому страданию повторного проживания травматического опыта, а также к раскрытию ужасной правды, которую лучше всего оставить под покровом неведения. Например, ВНЛ может пугать не только физическая боль, связанная с травматическими воспоминаниями о жестоком обращении родителей, но также осознание, что родители никогда не любили и не полюбят ее или его. Так, ВНЛ оказывается втянутой в порочный круг избегания и вторжения/повторного проживания травматического опыта, когда не удается держать АЛ на безопасной дистанции. Низкоуровневые эмоциональные действия, характерные для АЛ, замещают *реализацию,* возможную для АЛ только по достижении достаточно высокого уровня психической эффективности, которым АЛ, как правило, не обладают вначале терапии. Поэтому *реализация,* для которой требуются значительные внутренние ресурсы, может быть достигнута лишь после того, как обоюдное фобическое избегание разных диссоциативных частей, то есть ВНЛ и АЛ, ослабеет, а сотрудничество и взаимная поддержка возрастут. Обычно АЛ осваивают тенденции к действию более высокого уровня, опираясь на ВНЛ, тенденции к действиям которых принадлежат более вы-

сокому уровню в соотвествующей иерархии. Внутреннее равновесие жертв травмы и диссоциативных частей их личности легко может быть нарушено и смениться переживанием дистресса. Эмоциональная неустойчивость таких пациентов часто приводит к срывам и хаосу в их жизни и терапии. Выражение адаптивных чувств приносит пользу, чего нельзя сказать о проявлениях шоковых эмоций, которые дезорганизуют функционирование и сами являются следствием серьезного дисбаланса между уровнем психической энергии и эффективности. Отсюда следует, что одни только интервенции катарсического плана, то есть направленные на переживание и выражение шоковых эмоций, не дадут положительного эффекта. Что действительно необходимо, так это интеграция травматических воспоминаний, которая довольно часто сопровождается переживанием сильных аффектов. Только катарсис – выражение и разрядка аффектов, связанных с травмой, – не является ни необходимым, ни достаточным для успеха в терапии последствий психической травмы.

Избегание позитивных ментальных действий

Анализ связанных с травмой ментальных действий направлен на понимание причин и способов избегания не только негативных, но и позитивных ментальных действий. Такие ментальные действия, как радость, сексуальные чувства, возбуждение, а также некоторые фантазии и убеждения, несут с собой интенсивное переживание удовольствия. В норме эти переживания активируют адаптивные чувства. Однако у людей, переживших психическую травму, часто сформированы замещающие убеждения в том, что они не достойны радости, просто хорошего самочувствия, что они не заслужили, чтобы что-то хорошее происходило в их жизни; что за все хорошее нужно расплачиваться страданиями. Кроме того, между определенными ощущениями, например, учащением сердечных сокращений во время утренних пробежек, и ощущениями, которые сопровождали переживание психической травмы, может образоваться ассоциативная связь (референциальное обусловливание). Таким образом, нейтральное или приятное ощущение может приобретать характер угрозы или вызывать отвращение. Граница между приятным волнением и повышенной физиологической возбудимостью, характерной для переживания травмы и посттравматических состояний, становится размытой, а само чувство удовольствия может смешиваться с чувством вины или стыда (Migdow, 2003; Ogden et al., 2006).

Переживание пациентом связанных с травмой ментальных действий

Наконец, благодаря анализу вызванных травмой ментальных действий для терапевта и пациента раскрывается, как пациент *переживает* ментальные действия, и это является важным для понимания того, является ли эмоция адаптивной, слишком интенсивной или же, напротив, слишком слабой для актуального психического уровня пациента. Если переживания пациента не-

достаточно исследованы, то пациент и терапевт могут ошибочно принимать переживание шоковых дезорганизующих аффектов за адаптивные чувства. В ходе анализа разных аспектов переживания пациента терапевт задает, например, такие вопросы: «Когда вы злитесь, что это для вас?»; «Что происходит сейчас с вашим телом?»; «Как другие части переживают это чувство злости?»; «О чем вы думаете, когда злитесь?» Если пациент не может сконцентрироваться на своем внутреннем переживании и рассказать о нем, или он прибегает в своем описании к образам разрушительной стихии или силы (например, «торнадо», «монстр, яростно преследующий меня, чтобы убить»), то, скорее всего, он не может справиться со своими эмоциями. В таких случаях требуются интервенции, направленные на регуляцию аффекта, снижение накала эмоционального переживания пациента. Таким образом, терапевт всегда должен помнить о том, что выражение пациентом сильных эмоций (катарсис) не всегда приводит к положительному терапевтическому эффекту.

ТЕХНИКИ РАБОТЫ С ФОБИЯМИ СВЯЗАННЫХ С ТРАВМОЙ МЕНТАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Конечно, анализ фобий связанных с травмой действий продолжается на протяжении всей терапии, однако по мере того, как у терапевта складывается общее представление о защитах пациента, о его диссоциативных частях и их взаимоотношениях, он может приступать к работе над преодолением этих фобий ментальных действий. Психологическое просвещение и формирование навыков играют очень важную роль в разрешении этой фобии. Терапевт должен безошибочно отличать шоковые эмоции от адаптивных чувств, помогая пациенту преобразовать первые во вторые. Терапевт также должен быть внимательным к тем ментальным действиям (особым чувствам, убеждениям и фантазиям), которые пациент утаивает, так как стыдится их.

Предоставление психологических знаний и тренинг навыков

По мере необходимости терапевт должен разъяснять пациенту, какие функции исполняют ментальные действия, связанные с травмой, а также насколько эти действия согласуются с реальностью. Пациент в итоге должен прийти к пониманию, что его чувства, мысли и желания помогают ему функционировать во внешнем мире, оказывают влияние на его поведение и отношения с другими людьми. Очень часто для пациентов, страдающих от последствий травмы, чувствовать и действовать означает одно и то же. Например, у некоторых пациентов формируется страх в отношении самого переживания злости и в конечном счете отторжение всего с ним связанного: чувств, желаний, фантазий и мыслей, так как для них нет разницы между внутренними действиями и поступками, которые совершаются, например, в состоянии неконтролируемой ярости (см. главу 8). Задача терапевта состоит в том, чтобы разъяс-

нить пациенту, опираясь на примеры из жизненного опыта самого пациента, что ментальные действия не обязательно влекут за собой поведенческие акты. Благодаря этому постепенно снижается доля импульсивных действий пациента за счет усиления его способности к рефлексии. Точнее, терапевт обучает пациента ментализации (Allen et al., 2008; Fonagy, 1997), постоянно обращая его внимание на переживания в данный конкретный момент времени, обозначая их и поощряя пациента к их наблюдению и пониманию. Ролевой тренинг является особенно эффективным средством для некоторых пациентов в овладении новыми способами поведения и для осознания внутреннего мира своих переживаний при условии, однако, что все диссоциативные части понимают условность ролевой игры и не принимают ее за что-то происходящее в реальности. Трудно переоценить важность специальных тренингов навыков регуляции и общения. Эти тренинги позволяют повысить психический уровень пациентов, что, в свою очередь, помогает им лучше управлять своими ментальными действиями и в особенности эмоциями. Существует множество структурированных моделей тренингов формирования навыков (Cloitre et al., 2002; Donovan et al., 2001; Fallot & Harris, 2002; Ford & Russo, 2006; Fosha, 2000, 2001; Linehan, 1993; Najavits, 2002; Rosenberg et al., 2001; Spiegel et al. & Butler, 2004; Ford et al., 2005). В терапии перед пациентами ставится задача постоянной практики, отработки этих навыков как на терапевтических сессиях, посвященных тренингу, так и в повседневной жизни. Прежде следует обучить пациента регуляции эмоций умеренной интенсивности, которые он испытывает в обыденных ситуациях: таких, например, эмоций, как раздражение, фрустрация, антипатия; и только потом обратиться к более сильным аффектам, таким как гнев и вина.

Использование символизации

Распознаванию, вербальному выражению и регуляции ментального содержания очень помогают метафоры и сравнения. Однако пациенты, страдающие от последствий психической травмы, обычно прибегают к буквальному выражению своих переживаний, так как использование языка символов требует от индивида достаточно высокого психического уровня, которым они, как правило, не обладают. Например, сравнения пациента своих ощущений в области живота с «бурлящим котлом», скорее всего, свидетельствует о его способности к символизации. Описание подобного ощущения другим пациентом, функционирование которого характеризуется более низким уровнем тенденций и слабой способностью к символизации, будет таким: «Это там, где живет моя мать [которая жестоко обращалась с пациентом]». Если у терапевта складывается впечатление, что пациент способен к символизации, то терапевт может попробовать предложить продолжить пациенту развитие метафоры, усиливая, таким образом, *реализацию* и расширяя концепцию внутреннего мира пациента: «Что находится в котле, что в нем бурлит?», «Откуда берется тепло для котла?», «Что могло бы унять это бурление?», «Если бы

эта бурлящая масса обладала даром речи, то что бы она сказала?». Для этого терапевт может также использовать управляемое воображение (Van der Hart, 1985; Witztum et al., 1988). Однако терапевту следует проявлять осторожность и не прибегать к языку символов в работе с пациентами, для которых символизация пока еще остается недоступной. Вместо этого терапевт может использовать интервенции, направленные на проверку реалистичности и прояснение смысла высказываний: «Ваша мать поселилась у вас в желудке? В самом деле?» Другой возможностью является использование рисуночных техник, которые помогают выразить чувства и переживания пациента через визуальные образы. При обсуждении рисунков пациента терапевт просит его рассказать, какие чувства выражают те или иные образы, можно ли изменить состояние пациента к лучшему, если внести те или иные изменения в рисунок. Если такие перемены в состоянии пациента возможны, то терапевт может предложить пациенту создать новый рисунок, в котором были бы отражены эти изменения.

Работа с физическими ощущениями

Физические ощущения и движения могут многое сказать о ментальных действиях пациента и его страхах в отношении собственных мыслей и чувств (Ogden et al., 2006). Анализ сенсомоторных аспектов переживания помогает лучше понимать ментальные действия пациента как ему самому, так и его терапевту. Физические ощущения и движения сопровождают чувства и мысли, они являются неотъемлемой частью перцептивно-моторных циклов, начиная с тенденций самых низких уровней иерархии. Так, состояние испуга сопровождается учащенным сердцебиением, ощущением сухости во рту, напряжением во всем теле, визуальным сканированием окружающего пространства, например, кабинета терапевта, если речь идет о пациенте, испытавшем испуг во время сеанса. Терапевт, заметивший такое состояние пациента, старается привлечь его внимание к физическим ощущениям и проявлениям моторики, терапевт также отмечает, в каких случаях проявляются избегание или торможение, а в каких возможна активация. Терапевт может также опираться на собственные наблюдения сенсомоторных проявлений пациента, помогая ему, таким образом, обрести более сбалансированное отношение к собственным ментальным действиям и способность их регуляции, что в итоге способствует лучшей адаптации пациента (Ogden et al., 2006). Ниже приведено описание фрагмента сессии с Розмари, пациенткой со сложным ПТСР. ВНЛ Розмари страдает от фобии эмоции гнева. На сессии обсуждается, что могло спровоцировать гнев пациентки, который она испытала во время сеанса.

Терапевт: У меня такое впечатление, что ваше дыхание стало более частым по сравнению с тем, каким оно было еще минуту назад. Это так? Вы сами замечаете это?

Розмари: Да, теперь замечаю.

Терапевт: Просто отметьте это и понаблюдайте за собой, за тем, что с вами происходит [*Терапевт поощряет презентификацию; при этом терапевт акцентирует внимание пациентки на наблюдении за собственным состоянием, а не на поисках смысла того, что пациентка переживает в данный момент. Это способствует более уравновешенному отношению пациентки к собственным ощущениям и эмоциональным состояниям в данной ситуации.*]

Розмари: Я хочу убежать, скрыться. [*Защитное избегание в форме бегства.*]

Терапевт: Как вы ощущаете это желание убежать в своем теле? [*Терапевт удерживает фокус внимания пациентки на самонаблюдении ее ментальных действий, воздерживаясь при этом от размышлений и попыток понимания.*]

Розмари: Я чувствую дрожь в ногах и напряжение во всем теле. Как будто бы я вот-вот вскочу и убегу.

Терапевт: Сможете ли вы позволить этим ощущениям еще немного продлиться, не прерывая их? [*Терапевт продолжает оказывать поддержку способности пациентки оставаться со своими ментальными действиями, переживая их на ментальном уровне без соскальзывания к поведенческим актам; терапевт поощряет завершение переживания психического действия.*]

Розмари: Думаю, да.

Терапевт: Что с вами сейчас происходит?

Розмари: Я представляю себе, что очень быстро убегаю от чего-то.

Терапевт: Быстро убегаете. От чего?

Розмари: Мммм, думаю, от чувства злости. Если дрожь в ногах прекращается, то я чувствую злость, как будто бы я готова крикнуть: «Отстаньте от меня!» [*Пациентка обретает способность испытывать чувства, помогающие адаптации, после того, как завершено сопровождавшее защитную реакцию бегства действие избегания, которое выражалось в дрожи в ногах.*]

В литературе подробно описаны интервенции, направленные на работу с сенсомоторными переживаниями у пациентов с историей травмы (Ogden et al., 2006).

Работа с фобией аффекта

К наиболее важным интервенциям в работе с фобией связанных с травмой ментальных действий относится помощь пациенту или диссоциативным частям в прерывании устойчивых паттернов шоковых эмоций и переходе к адаптивным чувствам. Шоковые эмоции и сильные чувства – не одно и то же. Шоковые эмоции представляют собой замещающие ментальные действия, они играют существенную роль в динамике фобии и характеризуются чрезмерной интенсивностью, автоматичностью, нерефлективностью и, как правило, недоступны для символизации. Обычно с шоковыми эмоциями связаны искажения восприятия событий настоящего и ожидания неминуемой катастро-

фы в будущем. Пациент, находящийся во власти таких аффектов, не способен к рефлексии собственных переживаний; у него отсутствует представление о собственном внутреннем мире. Переживание шоковых эмоций не приносит пациенту облегчения, напротив, приводит к ухудшению состояния. Адаптивные же чувства, даже очень сильные, сопряжены с рефлексией пациента о том, что и почему он переживает, и относительно точным восприятием настоящего, на котором основан прогноз будущего. Кроме того, с адаптивными чувствами связан гораздо больший контроль над импульсивными реакциями. Адаптивные чувства помогают построению более или менее точного повествования, нарратива, как о внешних событиях, так и внутренних переживаниях.

Здесь следует отметить некоторые эмоции, даже умеренное проявление которых у пациентов, страдающих от последствий травмы, чревато усилением их интенсивности до уровня шоковых разрушительных аффектов и, соответственно, подавлением адаптивных чувств. К этим эмоциям относятся: стыд, отвращение, вина, страх, паника, гнев, устойчивое эмоциональное страдание, вызванное переживанием отчаяния и собственной беспомощности. *Преобразование шоковых эмоций в адаптивные чувства, прежде всего, требует остановки бурных аффективных проявлений или, по крайней мере, существенного ослабления их накала, что должно способствовать повышению психической эффективности* (см. глава 12). В самом начале лечения применение психотерапевтических интервенций может быть неэффективным и даже опасным для никоторых пациентов, поэтому в качестве альтернативы может быть рекомендовано медикаментозное лечение психотропными препаратами, которые помогут улучшить регуляцию физиологических процессов пациента. Что касается психотерапии, то терапевт использует следующие интервенции при работе с фобией аффекта: предлагает пациенту успокоиться и расслабиться, стабилизировать дыхание, сориентироваться в окружающей обстановке терапевтического кабинета, поддерживать коммуникацию с терапевтом. Пациенту предлагают выразить в словах, например, предчувствие неминуемой угрозы, которое его может одолевать в данный момент, при этом терапевт снова и снова направляет внимание пациента к его переживанию настоящего: «Что вы чувствуете сейчас?» Так терапевт помогает пациенту функционировать на более высоком психическом уровне с опорой на высшие тенденции, опосредованные речью, и делает все возможное для поощрения пациента к презентификации. До тех пор пока пациент не закончил описание своего внутреннего переживания, какие-либо попытки его истолкования как со стороны терапевта, так и пациента будут преждевременными. Необходимо привить пациенту «вкус» к тому, чтобы оставаться со своими переживаниями настоящего момента, сохранять внутренний контакт с ними и научить его рефлексии этих переживаний. Осмысление пациентом собственного опыта будет эффективным только в том случае, если он научится оставаться со своими переживаниями (чувствовать страх, гнев; размышлять о сложных отношениях, воспоминать об ужасных событиях), которые формируются ментальными действиями.

Сильные шоковые эмоции могут возникать у пациентов, страдающих от последствий психической травмы, довольно легко, так что терапевт часто чувствует себя застигнутым врасплох аффективным штормом пациента. Например, совершенно безобидная фраза терапевта может привести пациента в ярость, что, в свою очередь, может вызвать неадекватную защитную реакцию у терапевта. В таких случаях важно вернуться к этому происшествию позже, на другой сессии, когда психический уровень и пациента и терапевта будут достаточными для обсуждения и понимания проблемной коммуникации а также того, какие интервенции терапевта были бы наиболее полезными, если бы данная ситуация повторилась. Это позволяет восстановить эмпатический контакт и терапевтические отношения, а также скорректировать представления пациента о том, как может повести себя терапевт в ситуации, когда пациент на него злится. Терапевт также может предложить пациенту вместе подумать о том, к каким еще способам сообщить терапевту о своем чувстве злости он мог бы прибегнуть: «Давайте подумаем вместе, как еще, помимо крика, вы могли бы дать мне знать, что вы сердитесь на меня». Так, в результате совместных усилий может сложиться новый сценарий восприятия, оценки и прогноза, в рамках которого в последующем будет происходить взаимодействие между пациентом и терапевтом.

Стыд. Стыд всегда сопутствует психической травматизации (Leskela et al., 2002) и тесно связан с диссоциацией (Irwin, 1998). Как правило, пациенту трудно найти слова для описания чувства стыда, которое он переживает. Обычно переживание стыда сопровождается реактивным и автоматическим отстранением, реакцией оцепенения, поведением покорности, дезадаптивными действиями, связанными с ненавистью к себе, а иногда с ожесточенным противостоянием. Очень часто усилия терапевтов, направленные на стыд как важное звено в сохранении паттернов дезадаптивных действий, терпят неудачу. Практически в каждой публикации, посвященной терапии последствий психической травмы насилия в детстве, работа со стыдом упоминается как важный элемент терапии, однако авторы очень редко приводят описание конкретных интервенций.

С самого начала лечения терапевт должен помнить о высокой вероятности того, что стыд является одной из превалирующих эмоций пациента, несмотря на то, что сам пациент, как правило, умалчивает об этом сильном чувстве. Именно с переживанием стыда, который пациент может испытывать в терапевтической ситуации, связаны такие внутренние маневры пациента, как проекции намерения отвержения на терапевта, а также реакции на ситуации, которым пациент придает смысл отвержения. Голоса, принадлежащие некоторым диссоциативным частям пациента, порой стыдят другие части его личности. Терапевт должен помнить, что при работе с этими внутренними коммуникациями одних только интервенций когнитивной терапии будет недостаточно: методы КБТ должны быть дополнены опытом терапевтических отношений. При этом терапевт должен адресовать интервенции не только

тем частям, которые испытывают чувство стыда, но и тем, которые вызывают и усиливают его своими внутренними упреками и нападками (то есть защищающим или преследующим диссоциативным частям личности). Терапевту следует поощрять внутреннюю эмпатию диссоциативных частей по отношению друг к другу и поддерживать основанные на ней ментальные действия и поведенческие акты.

Хотя эмоция стыда доминирует во внутреннем мире пациентов, переживших психическую травму, однако в терапии сами они крайне редко обращаются к этому важному аспекту переживаний, так как осознание этого сильного чувства в контексте отношений с другим человеком является для них крайне болезненным. Поэтому одной из задач терапевта является помощь пациенту в обозначении и проговаривании того, как пациент переживает стыд. Например, у пациентов, жертв сексуального насилия, сильный стыд часто связан с сексуальным возбуждением, которое они испытали при сексуальном насилии. Те диссоциативные части, которые проявили сексуальное поведение во время насилия, становятся изгоями внутри личностной системы, так как другие части личности испытывают по отношению к ним стыд и отвращение. Поэтому в одной из ранних образовательных интервенций терапевт должен сообщить пациенту, что во время сексуального насилия часто бывает так, что жертва чувствует сексуальное возбуждение, и это является естественным и даже неизбежным физиологическим процессом, подобным автоматическому слюноотделению, когда во рту оказывается конфета.

Стыд часто является глубинным чувством и не связан с какими-либо конкретными событиями или поведением: «Я стыжусь самого факта своего существования», «Я стыжусь того, какой я». Разрешение в терапии такого чувства стыда происходит постепенно через участие в терапевтических отношениях, поэтому требует больше времени и продолжается вплоть до конца третьей фазы лечения. Терапевт не подвергает сомнению адекватность чувства стыда пациента, но сопереживает пациенту и старается понять это чувство, помогая ему выразить словами и исследовать свое чувство (Nathanson, 1992). Часто к физическим проявлениям стыда относятся ощущение внутреннего коллапса, торможения, уменьшения в размерах и желание спрятаться – ощущения, которые феноменологически могут быть соотнесены с реакциями замирания и покорности. Для дальнейшего продвижения в терапии будет полезно, если терапевт поможет пациенту перевести эти ощущения в более понятные и очевидные действия. Очень часто сдержанность пациента в отношении раскрытия некоторых аспектов своего внутреннего мира связана со страхом отвержения. Терапевт оказывает помощь в коррекции убеждений и ожиданий, лежащих в основе этих страхов, задавая, например, такие вопросы: «Как вам кажется, что может произойти, если вы расскажете мне о том, чего вы стыдитесь?» «Как вам кажется, как вы будете себя чувствовать, что это будет для вас?».

Страх. Страх также является сильной эмоцией, с которой связаны многие проблемы пациентов, так как именно страх вызывает торможение опреде-

ленных ментальных действий (например, сексуальных чувств, любви, гнева и пр.), а также лежит в основе устойчивого паттерна взаимного отталкивания некоторых диссоциативных частей личности пациента. Таким образом, страх является центральным фактором, поддерживающим диссоциативное разделение личности (см. главу 10). В определенных ситуациях страх активирует некоторые адаптивные тенденции, например, бегство или борьбу. Однако у подавляющего числа пациентов, страдающих от последствий психической травмы, эмоция страха является чрезвычайно интенсивной и с легкостью активирует действия и чувства, неуместные в контексте той или иной ситуации. Терапевтическая работа со страхом не зависит от того, активирует ли он неадекватные реакции или тормозит адаптивные, в любом случае терапевт использует интервенции, направленные на постепенную конфронтацию пациента с его избеганием адаптивных ментальных действий, помощь в овладении навыками регуляции аффекта, предупреждение действий избегания.

Другие разрушительные эмоции. Формирование и закрепление диссоциативного разделения личности является следствием главным образом слабости интегративной способности индивида. Интегративную способность ослабляет переживания сильных дезорганизующих аффектов, к которым, помимо стыда и страха, относятся также вина, ярость, паника, замешательство, патологическое горевание, маниакальное возбуждение, эйфория. Терапевтические интервенции при работе с этими аффектами также направлены на нормализацию уровня физиологического возбуждения, построение связей с контекстом настоящего, поощрение презентификации, предупреждение дезадаптивных поведенческих реакций.

Ниже приведен фрагмент, который иллюстрирует интервенции при фобии психического действия печали, которая проявляется как фобия одной диссоциативной части по отношении к другой. Бэтти, пациентка с РДИ, находится в конце первой фазы терапии. Она обсуждает с терапевтом некоторое печальное происшествие, которое произошло в ее жизни.

Бэтти: Я боюсь, что если я позволю себе расплакаться, то я не смогу остановиться, мои рыдания будут длиться вечно. [*Искажение восприятия времени; переоценка силы своих чувств; дорефлективное убеждение в том, что переживание печали может быть опасным, а слезы никогда не прекратятся.*]

Терапевт: Да, это *было бы* ужасно. Вам доводилось переживать подобное в прошлом? [*Эмпатическое понимание сопротивления пациентки; обращение к ее реальным переживаниям.*]

Бэтти: Наверное, нет. Это от того, что я не ощущаю грусти. Но этот маленький ребенок во мне, он все время плачет. [*Связывает переживание грусти с определенной диссоциативной частью; избегает адаптивных чувств, притупляя чувствительность.*]

Терапевт: Возможно, ваша детская часть все время плачет, потому что она никогда не находит утешения и ее переживание остается незавершенным, так как она застряла в прошлом. [*Эмпатическое понимание ВНЛ и АЛ; используя некоторые специальные выражения* (*то есть «Ваша детская часть»*), *терапевт осторожно способствует расширению и усилению персонификации пациентки; закрепление успеха работы в прошлом с диссоциативными частями пациентки; интервенция предоставления психологических знаний: терапевт сообщает пациентке о необходимости завершать действия.*]

Бэтти: Думаю, да. Просто я знаю, что не люблю ее и не выношу ее плача. [*Негативное оценочное обусловливание.*]

Терапевт: А что именно тяжело для вас? [*Терапевт помогает пациентке перейти от автоматической реакции к рефлексии.*]

Бэтти: Я стыжусь быть такой плаксой, и мне не нравится чувство грусти. Это не по мне. Я же взрослая! [*Негативное оценочное обусловливание; стыд вызывает защитное торможение плача и переживания грусти; слишком сильное обобщение: дети плачут, а взрослые – нет.*]

Терапевт: Да, конечно, вы взрослая. Но у взрослых тоже есть чувства и потребности. Взрослые, которым повезло с хорошими ролевыми моделями, учатся справляться с этими чувствами иначе, чем дети, а также находить подходящие способы удовлетворения своих потребностей. Ваши родители могли справляться с их собственными чувствами, только повышая на вас голос или запрещая вам плакать, поэтому вы научились справляться со своими чувствами, избегая, боясь и стыдясь их. [*Эмпатическое понимание защитных маневров пациентки; предоставление психологических знаний; упоминание о возможности изменения.*]

Бэтти: Да. Мне кажется, что чувства – это плохо, опасно. Меня били каждый раз, когда я плакала. [*Негативное оценочное обусловливание; оперантное научение: наказание за чувства; недостаточный психический уровень для поддержания адаптивных чувств.*]

Терапевт: Да, тогда чувствовать было небезопасно, кроме того, в прошлом у вас было много поводов чувствовать себя плохо. Что вы чувствуете сейчас? Похоже ли это на то, что было в прошлом? [*Эмпатическое понимание; терапевт привлекает внимание пациентки к тому, как она чувствует себя здесь и сейчас, поощряя тем самым ее презентификацию; терапевт помогает постепенному укреплению способности пациентки к различению прошлого и настоящего.*]

Бэтти: Да. Умом-то я понимаю, что теперь все хорошо. Но *чувствую* я себя по-другому. Мои чувства изнуряют меня, я становлюсь тревожной, погружаюсь в депрессию. И тогда я не хочу ничего делать, не хочу выходить из дома. [*Недостаток* ***реализации****; условная реакция; пациентка признается в том, что сильные негативные эмоции истощают ее психическую энергию.*]

Терапевт: Важно, чтобы здесь не происходило ничего, с чем вы не могли бы справиться, что серьезно ухудшило бы Ваше состояние. Скажите, как вы чувствуете себя сейчас? Мы должны соблюдать меру в нашей работе, не выходить за рамки ваших возможностей. Испытываете ли вы сейчас дискомфорт? Если да, то как бы вы оценили его уровень по 10-балльной шкале? [*Терапевт регулирует темп терапевтической работы; стимулирует презентификацию, привлекая внимание пациента к переживанию здесь-и-сейчас; интервенция (оценка субъективного восприятия уровня дистресса) помогает пациенту перейти от реактивного модуса функционирования к рефлексии, что способствует повышению психического уровня пациента.*]

Бэтти: Я чувствую себя нормально. Я бы оценила свое состояние по этой шкале примерно на 3. Однако внутри себя я слышу рыдания. Они доносятся как бы издалека. Думаю, что для той части меня эта оценка все время держится на отметке 15. Она изводит меня! Я не знаю, что надо сделать, чтобы не слышать этих рыданий?! Уйти отсюда, сменить тему, орать песни про себя во весь голос? Что я могу сделать, чтобы отделаться от нее? [*Показывает, что переживания ВНЛ и АЛ могут весьма сильно отличаться; АЛ не хватает презентификации и реализации; ВНЛ охотно прибегла бы к маневрам избегания и ухода, в то же время ВНЛ вполне в состоянии рассуждать о своих намерениях, а не просто реализовывать их в поведенческих актах, что свидетельствует о повышении ее психического уровня.*]

Терапевт: Я полагаю, что ситуация изменилась бы к лучшему, если бы мы смогли помочь этой части чувствовать себя более спокойной, менее грустной, чтобы она знала, что может получить помощь, когда она будет в ней нуждаться. Я уверен, что мы можем это сделать. Однако я вижу, что эта часть вызывает у вас сильные чувства страха и стыда. Думаю, что эти чувства причиняют вам страдания. Это так? [*Терапевт удерживает фокус терапии на стремлении пациентки «избавиться» от чувства грусти, предлагая при этом новый, более адаптивный подход; эмпатическое понимание; поощрение рефлексии о том, во что обходятся пациентке ее дезадаптивные ментальные действия; стыд и страх как подавляющие аффекты.*]

Бэтти: Да. Иногда, даже слишком сильные. Иногда это так терзает меня, что я в итоге просто отключаюсь и перестаю что-либо чувствовать. Однако в отключке мне мерзко… Мне мерзко, если я в отключке, и мерзко, если я не могу заглушить боль. [*Блокирование эмоциональных реакций является еще одной дезадаптивной стратегией совладания пациентки.*]

Терапевт: Похоже на двойной переплет, как будто бы нет достойной альтернативы. Давайте поищем выход из этого положения. Прежде всего попробуем разобраться в том, что вы чувствуете сейчас, во время нашей беседы. Каковы ваши переживания? Сделайте несколько глубоких вдохов и сосредоточьтесь на том, что происходит внутри вас сейчас. Постарайтесь при этом оставаться со мной в контакте. [*Эмпатическое понимание заме-*

щающего представления в сочетании с предоставлением психологических знаний; терапевт отдает себе отчет в том, что психический уровень пациента все еще недостаточен для переживания болезненных чувств; поощрение презентификации; терапевт предоставляет пациентке возможность внутреннего контакта с ее переживаниями в контексте отношений надежной привязанности.]

Работа с фобией мыслей

Эмоциональный дисбаланс людей, страдающих от последствий психической травмы, связан не только с множеством дезадаптивных убеждений, представлений, ожиданий и установок, но также и со страхом своих собственных мыслей и попытками их избегания. Так происходит главным образом из-за того, что они присваивают своим мыслям неоправданно высокую степень реалистичности, и, как следствие этого, возникает страх поведенческого акта, который мог бы стать продолжением той или иной мысли, так как мысль и действие отождествляются. В случаях фобии мыслей эффективны терапевтические интервенции психологического просвещения и эмпирической проверки реалистичности тех или иных идеаторных элементов. Некоторые пациенты жалуются на то, что в их голове звучат «громкие мысли» или голоса, которые, разумеется, являются попытками одних диссоциативных частей донести через вербальную внутреннюю коммуникацию свои собственные мысли до других частей. В этих случаях терапевту следует 1) помочь пациенту принять диссоциативные части, 2) изучить вместе с пациентом части его личности, 3) при необходимости скорректировать мысли, принадлежащие разным диссоциативным частям, 4) помочь пациенту прийти к осознанию, что все эти мысли в конечном счете принадлежат ему самому.

Работа с фобией потребностей

Пациенты также часто испытывают сильный страх и стыд в связи со своими сильными желаниями и естественными человеческими потребностями в отношениях, понимании и любви. Причина этого состоит в том, что у этих пациентов отсутствует опыт адекватного удовлетворения этих желаний и потребностей в прошлом. Таким образом, пациенты отрицают и отказываются от этих потребностей, потому что хотят избежать разочарования и повторения страданий, связанных с отвержением. Очень часто самой сложной частью терапии является оказание пациенту помощи в распознании, принятии и персонификации своих потребностей, а также его обучение адекватным способам их удовлетворения. В решении этих терапевтических задач помогает предоставление психологических знаний о базовых потребностях человека (в отдыхе, игре, работе, в том, чтобы любить и быть любимым; в заботе, поддержке и пр.), а также постепенное ознакомление различных частей личности с нуждами друг друга, за которым следует взаимное признание и персонификация потребностей.

Работа с фобией желаний и фантазий

Как и потребности, собственные желания и фантазии также могут вызывать страх и стыд у пациентов, страдающих от последствий психической травмы. Как правило, пациенты неохотно говорят о содержании своих фантазий и предмете желаний. У некоторых пациентов присутствуют ложные убеждения в том, что стоит им только пожелать или представить в своем воображении что-то плохое (например, «Я хочу, чтобы моя мать умерла!»), то это обязательно воплотится в реальности. Данные убеждения являются признаком того, что функционирование этих пациентов соответствует тенденциям низкого уровня, характеризующимся магическим мышлением, то есть речь идет об уровне дорефлективных символических тенденций к действию. Важно помочь пациенту осознать, что его желания и фантазии принадлежат области его внутреннего мира, другие люди не могут узнать о них через непосредственное восприятие. Пациенты (и диссоциативные части их личности) особенно стыдятся своих желаний и фантазий о заботе и любви, о лучшей жизни или детстве, поэтому при обращении к этим темам терапевту следует проявлять деликатность и эмпатию. Терапевт должен помочь пациенту выразить те желания, которые сам пациент привык не замечать, так как уверен, что эти желания всегда останутся неудовлетворенными. Поскольку своими корнями эти желания взрослого пациента часто уходят в его ранние детские биологические *потребности* выживания (Steele et al., 2001), то их фрустрация всегда связана с интенсивными негативными аффектами. Для пациентов, страдающих от фобий желаний и фантазий, будет полезно узнать, что подобные желания есть у всех людей, что эти желания направлены на достижение важных для любого человеческого существа целей (например, получение заботы) и удовлетворение этих желаний возможно вполне адаптивными способами.

Так как пациенты порой не различают фантазии и реальность, фантазия может стать основанием их действий (или бездействия).

> Одной из важных фантазий Мэри, пациентки с РДИ, была фантазия о том, что она принадлежит удивительной, чудесной семье. В реальной жизни она проигрывала эту фантазию, работая няней, ухаживая за чужими детьми. При этом у самой Мэри фактически не было ни собственного дома, ни личной жизни. Последнее также было разыгрыванием роли, которая сформировалась на основании установок, диктовавшихся ей в ее родительской семье: «Если ты являешься членом семьи, то у тебя не может быть твоей собственной личной жизни, ты должна отказаться от надежды на личное счастье, от своих потребностей». Потребовалось несколько лет терапии, прежде чем пациентка пришла к осознанию факта что у нее есть фантазия, коорая представляет собой замещение реальной истории ее отношений в родительской семье и что она разыгрывает эту фантазию в действтельности. Терапия помогла Мэри перейти

к проработки этой фантазии в символическом плане (то есть обрести словесное выражение вместо разыгрывания). Психический уровень пациентки постепенно повышался, и она училась осознавать прошлое и настоящее.

Работа с фобией тела

Пациенты с хронической травмой, как правило, демонстрируют фобическую реакцию той или иной степени выраженности на свое собственное тело, которая связана главным образом с чувствами стыда и отвращения. Особенно часто эти фобии встречаются у тех пациентов, которые пережили психическую травму насилия, преимущественно сексуального (Andrew, 2002; Armsworth et al., 1999; Goodwin & Attias, 1999). Стыд по поводу собственного тела основан на «негативном отношении к внешнему облику и функциям тела, что может охватывать разные сенсорные модальности» – вкус, запах, звуки, зрительные образы (Gilbert, 2002, p. 3).

Эта фобия основана на замещающих убеждениях: «Мое тело отвратительное», «Мое тело дурно пахнет и издает ужасные звуки». Очень часто пациенты воспринимают свое тело как грязное или омерзительное. Отвращение или стыд могут относиться к внешности («Я жирная», «Я уродина»); телесным функциям и восприятию телесных проявлений («Я терпеть не могу, когда я потею, а также мерзкий запах пота», «У меня начинается паника при сексуальном возбуждении», «Я не выношу, когда кто-то слышит звуки, которые я издаю в туалете»), или к какой-то конкретной части тела («Меня тошнит от вида пениса», «Я ненавижу свои груди», «Мои руки похожи на руки моей мамы, я бы отрубила их!»).

С этими фобиями может быть связано дезадаптивное поведение, формы которого зависят от того, какое влияние на пациента оказывает его фобия: тормозящее или активирующее. В том случае, если фобия оказывает на пациента (или диссоциативную часть его личности) тормозящее влияние, то он будет избегать всего, что связано с телесными проявлениями, которые вызывают страх или стыд. Внешне это может выражаться в избегании общих раздевалок, нежелании смотреть на себя в зеркало, принимать ванну или прикасаться к собственному телу. В том случае, если фобия оказывает активирующее влияние, то пациент может слишком часто принимать ванны, быть чрезмерно внимательным к гигиеническим процедурам, иметь навязчивые мысли о телесных запахах или звуках, наносить самоповреждения на определенных частях тела, а в некоторых крайних случаях даже пытаться отрезать или отрубить их. Пищевые расстройства тесно связаны со стыдом в отношении своего тела (Burney & Irwin, 2000).

Существует множество интервенций, направленных на работу с фобиями ментальных действий, связанных с психической травматизацией. В таблице 14.1 приведен список некоторых из них.

Таблица 14.1

Интервенции, направленные на преодоление фобии ментальных действий, связанных с травмой

- Определение психического уровня пациента в настоящем для того, чтобы привести темп терапии в соответствие с теми возможностями к интеграции, которыми пациент располагает в данный момент.
- Предоставление психологических знаний в отношении ментальных действий (например, чувства помогают ориентироваться в окружающем и во внутреннем мире; чувства и фантазии не тождественны поведенческим актам; субъективный внутренний мир индивида недоступен непосредственному восприятию других людей).
- Участие в тренинге специальных навыков, таких, например, как распознавание и регуляция аффекта (см. главу 12; Linehan, 1993).
- Гипнотические техники, направленные на контейнирование и титрование аффекта и ощущений (при условия наличия у терапевта необходимой подготовки по использованию гипноза при работе с пациентами, страдающими от последствий психической травмы) (ср.: Cardeña, 2000; Hammond, 1990; Kluft, 1989, 1992; Peterson, 1996; Cardeña et al., 2009a, b).
- Модифицированные техники ДПДГ в сочетании с гипнозом могут быть эффективными при работе с пациентами, страдающими от последствий психической травмы (при наличии у терапевта подготовки в ДПДГ) (Fine & Berkowitz, 2001; Gelinas, 2003; Phillips, 2001; Twombly, 2000).
- Формирование у пациента навыков исследования своего внутреннего мира, например, поиска ответов на вопросы: «О чем говорят мне мои чувства, ощущения, желания, потребности?» (McCullough et al., 2003). Это способствует развитию ментализации (Fonagy et al., 2002).
- Все время привлекайте внимание пациента к его внутренним переживаниям, с тем чтобы они постепенно становились менее рефлекторными и дорефлективными (Grigsby & Stevens, 2000).
- Помогайте пациенту повышать уровень его тенденций к действию, чтобы стал возможен переход от отыгрывания или маневров избегания (замещающих действий) к вербализации его ментальных действий.
- Поощрение символизации (использование метафор, аналогий, сравнений) для описания внутренних переживаний.
- Поощрение пациента к эмпатии и пониманию своих собственных потребностей, желаний, чувств.
- Формирование у пациента нового взгляда на проявления своего сопротивления и дезадаптивных действий как на неэффективные способы достижения безопасности, целей и удовлетворения потребностей.
- Формирование иного отношения к внутренним критикующим голосам/мыслям как к способам внутреннего избегания и негативного социального оценивания собственных ментальных действий.
- Создание в терапии отношений надежной привязанности (характеризующихся эмпатическим пониманием и прочными границами), физические и психологические аспекты которых помогают пациенту в регуляции его психической активности.
- Определение, какие именно ментальные действия являются приемлемыми для пациента и с какими он не в состоянии пока справиться, а также того, с какими

диссоциативными частями преимущественно связаны те или иные действия. При этом следует быть внимательным к тем фантазиям и желаниям, которые являются или могут быть источником фобических реакций.
- Определение замещающих действий (шоковые эмоции, стратегии избегания и ухода и пр.), препятствующих адаптивным ментальным действиям.
- Анализ сопротивления ментальным действиям и соответствующих социальных защит и фобий, связанных с травматическими переживаниями.
- Определение сильных негативных аффектов, оказывающих подавляющее и тормозящее действие (страх, стыд, отвращение и др.), которые мешают адаптивному функционированию в эмоциональной сфере.
- Поощрение пациента в отказе от разыгрывания стратегий избегания (переключения между диссоциативными частями, блокирования эмоциональных реакций, подавляющих аффектов, таких как стыд или страх) в пользу их осознания.
- Помощь пациенту в осознании того, как те или иные ментальные действия (например, погруженность в определенные мысли) тормозят или активируют конкретные поведенческие реакции. Благодаря этим интервенциям пациенты учатся лучше связывать свои ментальные и поведенческие действия.
- Определите активирующие аффекты (например, воодушевление, радость и пр.), в отношении которых у пациента сформирована фобическая реакция.
- Помогайте пациенту приобретать опыт переживания позитивных ментальных действий, не избегая их и отличая эти действия от гипервозбуждения, связанного с психической травматизацией.
- Определение адаптивных чувств, таких как грусть или злость, которые требуют синтеза и *реализации*.
- Поощрение экспрессии адаптивных чувств.
- При работе с шоковыми эмоциями пациента или отдельных диссоциативных частей его личности используйте техники привязки к контексту текущей ситуации, дыхания и когнитивной фокусировки для повышения способности к рефлексии.
- Избегайте методов, направленных на экспрессию аффектов (катарсиса) с пациентами, которые склонны к хроническим проявлениям интенсивных негативных аффектов, таких как ярость (так как у них пока еще нарушено адаптивное функционирование эмоциональной сферы).
- Поощряйте центральную презентификацию, восприимчивость к событиям внутренней жизни (mindfulness), что позволяет пациенту исследовать свои собственные ментальные действия, разворачивающиеся в данный момент.
- Моделирование терапевтом осознания и вербализации ментальных действий.
- Постепенное овладение определенных частей личности теми ментальными действиями, которые прежде у этих частей вызывали отторжение и избегание. Первыми в этих интервенциях, как правило, участвуют ВНЛ.
- Формирование навыков регуляции аффектов с постепенным переходом по мере возрастания психического уровня пациента от умеренных эмоций, испытываемых в повседневной жизни, к сильным (центральным) аффектам.
- Поощрение пациента к переживанию адаптивных эмоций в ограниченный краткий интервал времени и исследование данного *опыта* пациента (например, «Что это для вас – испытывать сейчас грусть?»).
- Поощрение формирования внутренней эмпатии, сотрудничества и коммуникации между диссоциативными частями для того, чтобы одни части не избегали ментальные действия других, но переживали и участвовали в них адаптивно.

РЕЗЮМЕ

Адаптивное функционирование требует от индивида овладения ментальными действиями: восприятием, мышлением, принятием решений, чувствами, желаниями, потребностями, фантазиями, телесными ощущениями. Ментальные действия предваряют поведение и сопровождают его и в конечном счете направляют поведенческие акты. Однако у людей, переживших травму, часто развиваются фобии тех или иных ментальных действий, связанных с непроработанным травматическим опытом (фобии ментальных действий, связанных с травмой). В силу механизма оценочного обусловливания данные ментальные действия вызывают у пациентов сильные эмоции стыда, страха или отвращения. Так, пациенты часто боятся своих собственных чувств и мыслей, а также сопровождающих их ощущений. Терапевт должен определить, какие именно ментальные действия являются для пациента наиболее проблемными: какие из них приводят к сильному торможению, а какие, будучи активированными, становятся причиной мгновенной дезорганизации функционирования пациента. Задачей терапевта также является определение ментальных действий, которые являются источником маневров избегания и страха у той или иной диссоциативной части. Пациент может избегать и бояться не только негативных аффектов и ощущений, но и позитивных. Терапевт и пациент могут приступить к изучению дезадаптивных процедур «если – то», которые регулируют исполнение определенных ментальных действий: «Если я позволю себе почувствовать грусть, то начну плакать и мои рыдания никогда не закончатся». Терапевт тщательно исследует *субъективный опыт* переживания ментальных действий (например, что это для пациента: испытывать злость, замечать определенные ощущения, слышать внутренние голоса, обладать негативными мыслями и убеждениями). При работе с фобией аффекта терапевт должен различать неконтролируемые шоковые эмоции (дезадаптивные замещающие действия) и интенсивные эмоции, которые могут обладать адаптивным характером. К фобиям ментальных действий относятся не только фобии аффекта, но и фобии мыслей, потребностей, желаний, фантазий, телесных ощущений и тела. В данной главе приведены различные техники, направленные на преодоление фобий ментальных действий, связанных с травмой.

ГЛАВА 15

Первая фаза терапии (продолжение)

Преодоления фобии диссоциативных частей

> Несмотря на то, что я много раз проходила терапию, я (ВНЛ) так и не смогла пробиться к ночному ребенку (АЛ), которого отвергла. Я просто ненавидела ее. У меня не было к ней никакого сочувствия. Однако в конце концов я стала понимать, что я обречена остаться со всей этой мерзостью, если не изменю своего безжалостного отношения к ней.
>
> *Мэрилин Ван Дербур* (Van Derbur, 2004, p. 281)

Работа в терапии с фобией диссоциативных частей личности требует применения особых интервенций, отличающихся от тех, что были описаны в предыдущих главах. Преодоление этой фобии снимает главные препятствия на пути усиления способностей пациента к адаптивным действиям и интеграции. Для разрешения этой фобии необходимо развитие внутренней эмпатии и сотрудничества между разными частями личности, а также осознание, что все эти части принадлежат единому Я (то есть персонификацию).

Воздействие тех или иных стимулов приводит к активации разных диссоциативных частей. Таким образом, пациент, страдающий от последствий психической травматизации, оказывается во власти неожиданных дезадаптивных изменений, базовых эмоций, целей и поведенческих актов, то есть проблематичных перцептивно-моторных циклов. Большое количество психической энергии диссоциативного пациента тратится на фобическое избегание и внутренние конфликты между частями, что приводит к понижению общего психического уровня пациента.

Преодоление фобии диссоциативных частей требует высокоуровневых ментальных действий не только от пациента, но и от терапевта. Общая цель всех интервенций заключается в том, чтобы помочь пациенту научиться совершать более сложные интегративные действия. Каждый успешный шаг на этом пути повышает способность к интеграции отдельных диссоциативных частей

или личности пациента в целом. В идеале усиление интегративных способностей пациента должно позволить ему осуществить синтез и *реализацию* даже наиболее болезненных переживаний. Терапевт должен понимать, что интервенции, направленные на отдельную часть личности пациента, оказывают влияние на всю систему личности пациента в целом. Интервенции по преодолению фобии диссоциативных частей следует рассматривать не только с точки зрения теории научения как постепенную экспозицию релевантным травме стимулам и последовательную десенсибилизацию, но и с позиции динамических систем, в рамках которой терапевтическое воздействие направлено на действия системы как целого для достижения адаптивных изменений (Benyakar et al., 1989; Edelman & Tononi, 2000). Терапевт помогает всем частям личности пациента овладеть адаптивными психическими и поведенческими действиями, а также содействует взаимодействию между разными частями, что способствует функционированию пациента как целостной личности.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФОБИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ ЧАСТЕЙ

К началу данного этапа терапии терапевтом должен быть проведен первичный анализ функционирования системы личности пациента и ее подсистем (диссоциативных частей) (см. главу 11). Однако и в дальнейшем требуется непрерывный функциональный анализ динамических отношений между диссоциативными частями личности с позиций единства личностной системы, понимание динамики активации или торможения частей, а также распознавание и оценка тех факторов, которые служат поддержанию связности и координации систем действий. В некоторых публикациях, посвященных РДИ, эта процедура обозначена как «картирование» личностной системы пациента (Fine, 1999; Kluft, 1999; Sachs & Peterson, 1996), этот тип анализа может также предприниматься в случае вторичной структурной диссоциации.

Эмпатические и открытые вопросы, которые терапевт задает пациенту в ходе этого анализа, сами по себе являются интервенцией, поскольку они стимулируют способность пациента к рефлективным действиям, к метакогниции (осознание собственных мыслей, восприятий, чувств, защит и пр.). Терапевт не должен ни защищаться от реалий множественности личности пациента, ни очаровываться ей. Его вопросы должны быть продиктованы желанием эмпатического понимания переживаний, представлений и убеждений пациента. Такое отношение помогает сформировать уважительное и объективное отношение ко всем частям личности пациента. В терапевтической работе важно сохранять равную дистанцию в отношениях со всеми частями личности, не отдавая каким-либо частям личности пациента предпочтения (например, не уделять больше внимания рефлективным частям по сравнению с аффективными или «ребенку» по сравнению с преследующи-

ми частями личности). Также терапевт должен быть особенно внимательным к тому, чтобы не игнорировать какие-либо части личности пациента (Kluft, 1993b, 1999). Такая установка терапевта поощряет все части к взаимному признанию факта существования, изучению и большему пониманию целей друг друга, а также пониманию функционирования всех частей как единой системы.

Перед тем как пригласить диссоциативные части к участию во взаимной коммуникации, терапевт пытается установить причины, по которым у одних частей могут быть фобические реакции на другие части. Терапевту следует помнить, что понимание и принятие им мотивов сопротивления пациента, а именно его защитной функции, само по себе является весьма действенной интервенцией. Терапевт должен тщательно изучить действия избегания сопротивления пациента, обусловленные травматическим опытом. Например, терапевт может спросить: «Чего вы больше всего опасаетесь при знакомстве с вашей разгневанной частью?». Затем терапевт может постепенно приступать к работе с дезадаптивными прогнозами пациента. «Вы боитесь, что эта часть может учинить разгром в комнате? Так уже бывало раньше? Как вы думаете, могли бы вы договориться с этой частью, познакомиться с ней ближе и проверить, насколько оправданы эти ваши опасения?» Таким образом, терапевт осторожно поощряет пациента к тому, чтобы занять более рефлективную позицию и использовать тенденции, направленные на обучение из опыта. Так могут завершаться незаконченные действия (в данном случае адаптивное переживание и выражение чувства злости).

При принятии решения о времени и последовательности интервенций терапевт должен исходить из результатов анализа функционирования личностной системы пациента. Например, терапевт будет лучше ориентироваться в своей работе с пациентом, если установит, какие части личности пациента являются ВНЛ (отвечающими за повседневное функционирование), а какие – АЛ (фиксированными на связанных с травмой действиях). Тогда, прежде чем приступить к работе с АЛ, терапевт сосредотачивает усилия на интервенциях, направленных на укрепление ВНЛ, помогает этим частям разобраться с некоторыми проблемными жизненными ситуациями и добиться для себя более безопасных условий существования. Таким образом, если терапевт видит, что психическая эффективность ВНЛ недостаточна для того, чтобы вступить в коммуникацию с АЛ, ему следует начать с интервенций, направленных на повышение психического уровня ВНЛ, а не на установление преждевременного контакта между ВНЛ и АЛ. При работе с какой-либо частью личности пациента терапевт выбирает те интервенции, которые соответствуют его оценке психического уровня данной личности. Например, он может использовать невербальные методы – тенденции низкого уровня – для того, чтобы помочь этой части выразить себя, если уровень ее функционирования в данный момент недостаточен для использования речи. В результате анализа терапевт может обнаружить, что у некоторых частей фобии

в отношении друг друга выражены не столь сильно по сравнению с другими частями. Эта информация является важной, так как, естественно, вероятность успеха интервенций, направленных на установление коммуникаций между диссоциативными частями, будет гораздо выше в том случае, если эти интервенции прежде будут предложены тем частям, которые испытывают меньше страха и других эмоций отталкивания по отношению друг к другу. В результате психический уровень пациента должен повышаться, что необходимо для дальнейшего развития коммуникаций внутри его личностной системы.

Системные интервенции, то есть интервенции, адресованные всем частям личности пациента, всегда обладают наивысшим приоритетом и должны применяться в первую очередь, если это позволяет конкретная ситуация. Терапевт должен помнить, что в любом случае все интервенции, направленные на конкретные части личности, всегда имеют системные последствия. Проведенный анализ также поможет терапевту определить время, когда следует начинать работу с отношениями между частями. Ни терапевт, ни пациент не имеют полного представления о строении и функционировании всей системы личности, а также о главных конфликтах и сопротивлениях внутри нее. Эти знания приобретаются по мере продвижения терапии, благодаря усилению интегративной способности пациента и его смелости и мотивации к использованию этой способности, которые подкрепляются ростом доверия к терапевту. Таким образом, анализ функционирования личности пациента представляет собой непрерывный процесс, развивающийся благодаря сотрудничеству пациента и терапевта.

Хотя внутренняя дистанция между диссоциативными частями может быть разной, все же следует помнить, что все они в той или иной степени взаимосвязаны на сознательном или неосознаваемом уровне. Именно благодаря этим связям, о которых ни терапевт, ни пациент, как правило, не знают в полной мере, возможны изменения в диссоциативных частях, даже в тех случаях, когда части личности являются относительно замкнутыми системами. Например, когда части личности, которые чаще всего участвуют в терапевтической работе, начинают чувствовать себя в безопасности с терапевтом, это отношение может быть воспринято и другими частям. С другой стороны, относительно закрытые для внешних контактов части могут предпринимать попытки замедлить или саботировать изменения других частей (например, одна часть наносит ущерб другой части через внутренние маневры или самодеструктивное поведение). Когда терапевт сталкивается с сопротивлением тех или иных диссоциативных частей, ему следует помнить, что у некоторых частей есть весьма серьезные мотивы для избегания каких-либо изменений, и эти мотивы необходимо эмпатически исследовать. Прежде всего терапевт не должен ввязываться в борьбу за власть и влияние с пациентом, поскольку такая конфронтация ведет к соскальзыванию к тенденциям более низкого уровня как у пациента, так и у терапевта.

РАБОТА С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Сложность структурной диссоциации пациента будет определять, какие именно системные интервенции, направленные на преодоление фобии диссоциативных частей, будет использовать психотерапевт.

Первичная структурная диссоциация личности

Диссоциация личности некоторой части пациентов, переживших в детстве хроническую психическую травму жестокого обращения и пренебрежения, формально может быть отнесена к первому типу структурной диссоциации, для которой характерно разделение личности на две части: одну взрослую ВНЛ, которая является «владельцем контрольного пакета акций» личности (Fraser, 1987), и одну «детскую» АЛ, которая содержит в себе все травматические воспоминания о насилии и пренебрежении. Обычно у ВНЛ таких пациентов формируются устойчивые обусловленные реакции страха, отвращения и избегания по отношению к АЛ. Однако, если применение методов терапии, ставших уже традиционными (КБТ, пролонгированная экспозиционная терапия, ДПДГ) при лечении простого ПТСР у взрослых пациентов, дает хорошие результаты, то при более сложном расстройстве они могут оказаться не столь эффективными. Преодоление фобии у АЛ при структурной диссоциации такого типа (как, например, у «ночного ребенка» Ван Дербур, диссоциативной части ее личности, описание которой она привела в своей книге – Van Derbur, 2004) почти всегда представляет собой довольно серьезную проблему в терапии. Такое положение дел обусловлено тем, что ВНЛ прилагает все возможные усилия для того, чтобы избегать АЛ, которая содержит в себе не одни только воспоминания о единичном событии, что, как правило, бывает при простом ПТСР, но опыт многолетних травматических отношений. Такие АЛ часто обладают гораздо большим набором фиксированных, не поддающихся коррекции, перцептивно-моторных циклов по сравнению с АЛ при простом ПТСР.

В случае разделения личности пациента, страдающего от последствий хронической психической травмы детства, на две части при структурной диссоциации, первоочередной терапевтической задачей является поддержка ВНЛ и улучшение функционирования этой части личности пациента в повседневной жизни. После этого терапевт старается привлечь части личности к взаимной коммуникации, помогает развитию взаимной эмпатии и сотрудничества в осуществлении действий, которые могут принести пользу личности пациента в целом, таких, например, как решение задач повседневной жизни и регуляции состояния. На этом этапе терапии сотрудничество частей должно быть ограничено активностью в повседневной жизни и не затрагивать проблему травматических воспоминаний. Эти меры способствуют улучшению функционирования в обычной жизни, а также повышению психичес-

кой эффективности для дальнейшей работы с травматическими воспоминаниями АЛ.

Пациенты, страдающие от последствий травмы, часто обладают нереалистичными представлениями о том, что значит быть взрослым человеком. Так, например, пациенты могут быть уверены в том, что взрослые никогда не плачут, что для них нет неразрешимых проблем или что они никогда не ошибаются. В основании этих замещающих убеждений часто лежит опыт ранних отношений дисфункциональной семьи. Им крайне трудно постичь, как может сочетаться их представление о взрослом человеке с естественными проявлениями человеческой природы, такими, например, как свойство ошибаться. Подобные дорефлективные убеждения вносят свой вклад в избегание всего того в АЛ, что расценивается как «слабое» или «нуждающееся». Предоставление терапевтом соответствующих психологических знаний и моделирование могут быть эффективными в данной ситуации.

Вторая задача состоит в постепенной трансформации обусловленного негативного отношения ВНЛ к АЛ. Решая эту задачу, терапевт помогает ВНЛ пациента понять потребности и цели АЛ (например, потребности в безопасности, утешении, эмпатии), а также важность участия АЛ в повседневных делах пациента как целостного индивида. Мэрилин Ван Дербур пишет:

> Мой ночной ребенок [АЛ] решал особую задачу. Она «хранила в себе все это» [травму повторявшегося сексуального насилия и связанные с этим воспоминания] до тех пор, пока я [ВНЛ] не стала достаточно сильной и уверенной в себе, чтобы вернуться и помочь ей. И что же? Вместо благодарности за ее жертву я ненавидела, презирала и винила ее (Van Derbur, 2004, p. 191).

Решая эту задачу, терапевт прежде всего старается эмпатически понять бремя, которое несет ВНЛ, вынужденное справляться не только с внешними стрессами, но и с вторжениями АЛ и внутренними конфликтами между ней и АЛ. Затем терапевт помогает ВНЛ пациента постепенно установить более позитивные и эмпатичные отношения с «внутренним ребенком» АЛ, в том числе опеки и заботы, какие обычно присутствуют в отношениях родителя к своему ребенку. Терапевт может обратиться к ВНЛ пациента с таким вопросам: «Если бы это был настоящий ребенок, что бы вы сделали?» После того как ответ получен, терапевт помогает пациенту в поисках способов воплощения этого знания в адаптивных действиях по отношению к АЛ. Пациент может обратиться к проигрыванию поведенческих актов в воображении («Я могу представить, как беру ее на руки и говорю, что теперь она в безопасности») или перейти к непосредственным действиям («Я могу успокоить ее, пообещав, что теперь у нее будет достаточно еды, и позаботиться о здоровом питании для самого себя»). Нет необходимости в передаче исполнительного контроля АЛ, если только это не вызвано соображениями развития коммуникации между АЛ и ВНЛ или лучшей ориентации АЛ в настоящем. Например, ВНЛ может представить себя сидящей на диване и беседующей с АЛ. Однако терапевту

следует быть внимательным и не позволить себе оказаться в ловушке, приняв роль «няньки», утешающей и помогающей АЛ, тогда как ВНЛ продолжает игнорировать и избегать ее.

Вторичная структурная диссоциация

Многие основные аспекты работы с единичной АЛ, описанные выше, сохраняют свое значение и в случаях вторичной структурной диссоциации (то есть, когда в личностной системе пациента присутствуют одна ВНЛ и, по крайней мере, две АЛ). Как при первичной, так и при вторичной диссоциации личности ВНЛ главным образом контролирует функционирование пациента в его повседневной жизни. Так происходит потому, что эта часть личности опосредована системами действий, играющими основную роль в повседневном функционировании индивида, то есть системами регуляции энергии, социального взаимодействия, привязанности, игры и исследования. Однако эти системы действий могут быть недостаточно развиты и плохо скоординированы, поэтому пациент может нуждаться в формировании соответствующих навыков адаптивного функционирования. Кроме того, ВНЛ должна научиться способам коммуникации с АЛ и их поддержке как альтернативе прежнему избеганию или презрительному отношению. ВНЛ часто не хватает психической энергии из-за депрессии, слишком интенсивной работы или в силу иных причин, так что одной из первых задач терапии является повышение психической энергии и эффективности ВНЛ.

Хотя участие диссоциативных частей личности пациента в терапии может быть сумбурным и хаотичным, все же терапевтическая работа, как правило, подчиняется определенному порядку, который служит пользе пациента и эффективности интервенций терапевта. На первой фазе терапевт обычно начинает работу с теми частями, которые активно включены в повседневную жизнь (то есть с ВНЛ). Работа с ВНЛ предваряет активное включение АЛ в терапию и призвана обеспечить и укрепить стабильность терапевтического процесса.

В определенный момент на первой фазе необходимо приступить к постепенному установлению контакта и развитию коммуникации между ВНЛ и АЛ. При этом следует помнить, что от ВНЛ ожидается активное и эмпатичное включение во взаимодействие с другими диссоциативными частями. Первая фаза терапии не предполагает активной работы с диссоциативными частями при их переключении, поэтому по мере того, как это будет позволять психический уровень пациента, терапевт должен выяснить функции частей личности пациента, их сильные стороны и ограничения, а также как часто та или иная часть овладевает контролем над поведением. Если терапевт займет позицию пассивного ожидания появления диссоциативных частей, то это может привести к неоправданному затягиванию лечения (Kluft, 1999). Однако в некоторых случаях фобическая установка ВНЛ в отношении АЛ может быть слишком сильной и устойчивой. Тогда для того, чтобы АЛ почувствовали себя более

уверенными и смогли в большей степени участвовать в том, что происходит во время сессии, может потребоваться непосредственный контакт терапевта с АЛ пациента. Таким образом, помогая АЛ справиться с тревогой и обрести большую уверенность, терапевт предлагает ВНЛ модель, которой она может воспользоваться в ее взаимодействии с АЛ.

Между тем определение внешних признаков активности диссоциативных частей в случае вторичной диссоциации может представлять определенные сложности, так как АЛ таких пациентов не обладают сложной структурой и развитыми функциями, а иногда у них отсутствуют и самые общие маркеры идентичности, такие, например, как возраст или имя. Эти части проявляют себя, прежде всего, в повторных проживаниях травматического опыта или в симптомах, которые обычно являются резистентными к стандартным психотерапевтическим интервенциям (например, в физической боли, приступе паники, приступах тоскливого одиночества). Хотя ВНЛ таких пациентов могут переживать глубокие инсайты, однако они, как правило, не влекут за собой серьезного улучшения функционирования, так как их симптомы связаны с активностью АЛ, которые, несмотря на то, что они, как правило, не владеют исполнительным контролем, оказывают влияние на действия ВНЛ.

При осторожном исследовании диссоциативных частей, учитывающем возможности пациента к изучению собственного внутреннего мира, терапевту следует избегать высказывания неуместных и/или преждевременных предположений о частях личности пациента. Терапевт, наблюдая у пациента симптом расстройства, вызванного психической травматизацией, который, как он полагает, может быть связан с активностью какой-либо диссоциативной части, может использовать этот симптом для того, чтобы установить контакт с диссоциативной частью. Так, терапевт может напрямую адресоваться к тем темам или проблемам, которые представлены или как-то обозначены в симптоме (Kluft, 1999). Например, если пациент внезапно демонстрирует суицидальные настроения, терапевт может спросить его: «Как вы полагаете, имеет ли для вас какой-то смысл предположение, что в вашей личности есть некая часть, которая в данный момент, здесь-и-сейчас, поглощена чувствами и мыслями, связанными с самоубийством? Если это так, могла бы эта часть объяснить вам, почему самоубийство представляется ей лучшим выходом?» Другой пример: у пациента внезапно начинается головная боль. В этом случае терапевт мог бы задать вопрос: «Если бы боль могла говорить, что бы она сказала?», или «Если боль могла бы выразить себя иначе, что бы она сделала?», или «Возможно, какая-то часть вас знает больше об этой боли. Если это так, могла бы эта часть подать нам какой-то сигнал, подтверждающий это, например, поднять палец руки в знак согласия?».

Иногда решение задачи установления и развития коммуникации между разными частями личности пациента может потребовать применения интервенций, направленных на снижение остроты аффективных переживаний

некоторых АЛ. В этих случаях терапевт работает с частями, проявляющими интенсивные аффективные реакции индивидуально, предлагая другим диссоциативным частям, наблюдающим за его действиями, себя в качестве модели для формирования у пациента как личностной системы навыков внутреннего взаимодействия и понимания (Kluft, 1999; Ross, 1997; Van der Hart et al., 1998). Усилия терапевта направлены на то, чтобы диссоциативные части смогли лучше ориентироваться в настоящем и обрести чувство связи с настоящим. Так терапевт помогает пациенту сделать первые небольшие шаги на долгом пути терапевтической работы по обретению более полной презентификации. Проработка травматических воспоминаний будет более эффективной с теми диссоциативными частями, которые в той или иной мере обретают способность ориентироваться в настоящем, понимать, что происходит в их окружении, а также включены в отношения с терапевтом. Терапевт может использовать метафору восхождения на гору, подготовка к которому требует времени и усилий: «Нельзя вот просто так, по-будничному, налегке выйти из дома, доехать до горы, которую вы намереваетесь покорить, и тут же начать восхождение. Прежде необходимо приобрести определенные навыки, пройти соответствующую подготовку».

Третичная структурная диссоциация личности

Если диссоциативные части обладают определенной степенью самостоятельности и приобрели более сложную внутреннюю структуру, как это часто наблюдается у пациентов с РДИ, в личностной системе которых присутствуют несколько ВНЛ, то усилия терапевта должны быть направлены на преодоление разобщенности частей личности пациента. Таким образом, целью интервенций терапевта являются дорефлективные убеждения диссоциативных частей в своей абсолютной независимости.

Личностные системы пациентов с третичной диссоциацией отличаются наибольшей сложностью, степень которой, впрочем, может варьировать в довольно широких пределах. Хотя некоторые части пациентов с РДИ могут быть весьма самостоятельными и активными в повседневной жизни, все же многие диссоциативные части этих пациентов исполнительный контроль над поведением, ограничиваясь стратегиями «пассивного влияния» для трансляции своих потребностей и намерений (Kluft, 1999). Уровень развития этих частей может быть разным: некоторые из них довольно примитивны, тогда как другие живут очень сложной жизнью в богатом фантазиями собственном внутреннем мире.

Первым шагом в работе с третичной диссоциацией личности (РДИ) является поощрение коммуникации, эмпатии и сотрудничества между разными ВНЛ в личностной системе пациента, так как это поможет улучшению его повседневной жизни. Усилия терапевта направлены на снижение обусловленного избегания между разными ВНЛ, при этом терапевт начинает эту работу с той ВНЛ, у которой страх и тенденции избегания наименее выражены.

В самом начале терапии личностная система пациентки с РДИ была представлена ВНЛ, носившей имя Марика, которая отвергала саму идею множественности, существования других диссоциативных частей и своего собственного взаимодействия с ними. Эта ВНЛ также избегала интеграции травматических воспоминаний, с головой уходя в учебу и работу в дневные часы, а ночью отдавая дань выпивке или курению марихуаны. Другая ВНЛ, «Заботливая Дама», опекала несколько АЛ, носителей воспоминаний о жестоком сексуальном и эмоциональном насилии, жертвой которого пациентка была в детстве. Психическая энергия Марики и «Заботливой Дамы» истощалась в постоянных усилиях, направленных на избегание, и непрерывных попытках «Заботливой Дамы» привлечь внимание Марики к нуждам напуганных детских АЛ. Результатом всей этой внутренней динамики было неизменное состояние несчастья и депрессии, характеризующееся низким психическим уровнем, в котором пребывала пациентка. Терапевт объяснил Марике, что, хотя избегание помогало ей когда-то справляться с учебой и работой, однако теперь избегание блокирует прогресс и почти полностью лишает ее энергетических ресурсов. Несмотря на то, что на рациональном уровне Марика была согласна с этим объяснением, она продолжала оказывать сопротивление взаимодействию с «Заботливой Дамой». Даже малейшие попытки коммуникации с другой ВНЛ вызывали поток жалоб на невыносимую головную боль. Терапевт полагал, что головная боль является следствием интенсивных попыток Марики заблокировать внутреннее восприятие других ВНЛ, которое возникало при попытках контакта с «Заботливой Дамой». Терапевт попросил Марику создать в своем воображении образ безопасного места, где она могла бы встречаться с «Заботливой Дамой» и постепенно развивать с ней контакт и коммуникацию. При первой встречи Марики и «Заботливой Дамы» терапевт попросил Марику внимательно рассмотреть и описать, как выглядит «Заботливая Дама». При этом он обратился с просьбой к «Заботливой Даме» просто оставаться в этом внутреннем безопасном пространстве и хранить молчание. Когда Марика привыкла к образу этой ВНЛ, терапевт попросил «Заботливую Даму» сказать Марике что-нибудь поддерживающее. После того как Марика смогла выносить этот уровень контакта, сдерживая импульс внутреннего избегания, терапевт предложил обеим частям обсудить незавершенные обыденные дела. Во время обсуждения одного из них «Заботливая Дама» подтвердила, что головные боли Марики связаны с сильным сопротивлением принятию существования других диссоциативных частей и попытками Марики игнорировать эти части. Далее терапевт попросил обе ВНЛ устраивать ежедневные встречи для обсуждения небольших повседневных проблем. Марика также получила задание записывать результаты каждой внутренней встречи и приносить эти отчеты на сеансы терапии. Так Марика постепенно преодолевала фобию другой ВНЛ, «Заботливой Дамы»,

однако на первых порах потребовались еженедельные сеансы с терапевтом для того, чтобы не произошло возврата к автоматическим маневрам избегания.

Разные ВНЛ и АЛ могут упорно держаться за свое убеждение в том, что они являются абсолютно самостоятельными индивидами. Терапевту следует проявлять, с одной стороны, деликатность, а с другой – настойчивость при обсуждении этого замещающего убеждения. Если части настаивают на том, чтобы к ним обращались по имени, которое является «их собственным», терапевт может пойти навстречу этому требованию. Однако свои коммуникации с отдельными диссоциативными частями терапевт должен выстраивать, исходя из того, что они являются частями одной, хотя и разделенной личности. Терапевт может обращаться к диссоциативным частям с просьбой прокомментировать те или иные аспекты жизни пациента, которые не согласуются с их представлениями о самих себе, с их идентичностью. Например, «детские» части можно спросить, какого они роста; обратить внимание подростковых частей, вовлеченных в сексуальное отыгрывание, что у них есть супруг (супруга) и дети. Другие части личности также могут быть приглашены к тому, чтобы поделиться информацией, которой они обладают, с этими частями через внутреннюю коммуникацию (например, «Ты уже взрослый человек и у тебя есть свой собственный дом»). Так терапевт создает условия для начала общего интегративного процесса, в котором принимают участие все части личности пациента, процесса, благодаря которому появляется возможность различать прошлое и настоящее, внутреннее переживание от восприятия внешних событий. Например: «Я уже не ребенок, каким я был много лет назад; я изменился и живу в другом месте»; «Разные части моей личности думали, что каждой принадлежало ее собственное тело, но теперь мы стали понимать, что все мы обладаем только одним-единственным телом».

Вместе с тем терапевт помогает пациенту снизить чувство внутренней раздельности, разобщенности, принимая при этом во внимание, что разные части могут функционировать с использованием тенденций, принадлежащим разным уровням в иерархии. Так, некоторые АЛ способны только к действиям низших уровней, поэтому им трудно контролировать свои импульсы, понимать сложность и противоречивость человеческого поведения. Кроме того, у них могут быть ограничения в использовании речи и символизации. Например, для «детской» части может быть недоступен смысл некоторых слов, которые ВНЛ этого же пациента понимают без труда. Терапевт должен обращать на такие вещи внимание и использовать в своей речи слова, которые были бы понятны по возможности всем частям личности пациента, сохраняя при этом уважительное отношение к пациенту как к взрослому человеку. Однако в личностной системе пациента могут быть и такие АЛ, для которых доступны преимущественно невербальные способы коммуникации и досимволические уровни регуляции.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ФОБИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ ЧАСТЕЙ

В своих размышлениях о пациенте и установках по отношению к нему терапевт всегда должен исходить из представлений о множественности диссоциативных частей, составляющих личностную систему пациента. Отсюда следует, что все терапевтические интервенции должны быть организованы так, чтобы они были доступны для как можно большего числа диссоциативных частей и могли бы влиять на отношения частей между собой. Действия терапевта направляет его постоянный эмпатический интерес к мотивам взаимного избегания диссоциативных частей и поискам путей изменения интеракций между диссоциативными частями. Эта работа может происходить на разных уровнях личностной системы в зависимости от потребностей пациента и психического уровня частей его личности.

Первый уровень – личностная система в целом. Во-первых, и прежде всего, все свои интервенции терапевт должен адресовать всей личности пациента. Например, как можно чаще терапевт должен сопровождать свои интервенции комментариями, в которых так или иначе звучит идея, что все части составляют одну личность, что от всех частей ожидается, что в терапии они будут прилагать усилия к развитию взаимных коммуникаций, пониманию и принятию друг друга, в итоге, к гармоничному сосуществованию. К первичным системным интервенциям относится обращение ко всем частям личностной системы пациента «через» ВНЛ как посредника и поощрение всех частей к более осознанному участию в терапевтический работе, в том числе рефлективному регулированию ее темпа. Например, терапевт может обратиться ко всем частям со следующими словами:

> Я хотел бы обратиться ко всем частям независимо от того, в какой степени та или иная часть принимает участие в терапии. Я хочу задать следующий вопрос: всем ли частям будет интересно услышать, увидеть, или каким-то другим способом узнать, принесет ли терапия какую-то пользу? Я также хочу спросить все части о следующем. Согласна ли каждая из вас принимать участие, объединившись со всеми другими частями, в обмене информацией о внутренних или внешних событиях, вызывающих слишком сильные переживания? Могли бы вы договориться между собой о том, что эта информация будет передаваться при помощи слов или набора каких-нибудь других нейтральных и понятных всем знаков, без взаимного запугивания или причинения вреда друг другу? Думаю, некоторым частям вашей личности очень хочется быть услышанными и получить помощь, тогда как другие части могут столь же сильно избегать тем, которые вызывают у них очень сильные эмоции, а также не верят в то, что я смогу им помочь. Здесь мы будем внимательно и с уважением относиться к потребностям *всех* частей вашей личности. Все части вашей личности: и те, что проявляют скепсис и не хотят участвовать в терапии, и те, что крайне

в ней заинтересованы, – все они могут сообщить нам нечто очень важное о ваших потребностях и степени готовности к работе с трудными темами. Мы не должны отдавать предпочтение одним частям вашей личности и пренебрегать другими. Это имеет очень большое значение для успеха нашей работы. От нас потребуется осторожный и тщательный поиск необходимого для вас баланса.

Благодаря подобным интервенциям пациент получает представление о модели адаптивного взаимодействия с диссоциативными частями. Интервенции такого рода помогают всей личностной системе пациента лучше понимать общие потребности в регуляции внутренних процессов и поведения и принимать осознанное участие в их удовлетворении; создают предпосылки для развития новых способов взаимной коммуникации между диссоциативными частями и отказа от нанесения самоповреждений или взаимных угроз. Терапевт в данном случае также сообщает всей личностной системе пациента, что каждая ее часть исполняет важные функции и значима для всей личности в целом, что ни одна из частей, составляющих личность пациента, не будет проигнорирована в терапии, что всем частям будет уделено должное внимание.

Второй уровень – коммуникация между частями. Во-вторых, терапевт использует интервенции, направленные на улучшение эмпатического взаимодействия между двумя или более диссоциативными частями личностной системы. Для того, чтобы между частями личности пациента стало развиваться взаимопонимание, необходимо исследование маневров взаимного дистанцирования, поощрение диссоциативных частей к эмпатии в отношениях друг с другом, поиск более эффективных способов решения задач повседневной жизни, взаимное приобщение частей к знаниям и навыкам друг друга.

Третий уровень – отдельные диссоциативные части. В-третьих, терапевт работает с отдельными частями для того, чтобы повысить их психическую эффективность и подготовить к контакту с другими частями. Обычно интервенции на данном уровне личностной системы адресованы диссоциативным частям с самым низким психическим уровнем и демонстрирующим наиболее сильную фобию по отношению к другим частям личности; а также наблюдающим частям, которые могут рассказать терапевту о том, что происходит в личностной системе, когда остальные части личности пациента еще не готовы к внутренней коммуникации. Распространенной ошибкой является недооценка степени избегания, ненависти, стыда ВНЛ в отношении АЛ, и наоборот. Как следствие, терапевт начинает работать с диссоциативными частями так, как если бы они были самостоятельными личностями, а не частями одной системы, что часто приводит к тупикам терапевтического процесса и развитию дезадаптивной зависимости у пациента (Steele et al., 2001). На всех трех уровнях работы с личностной системой пациента могут применяться разные интервенции.

Ниже мы приводим описание нескольких основных терапевтических принципов и техник, основанных на психологии действия Жане, за которым следует краткий перечень интервенций и принципов.

Предоставление психологических знаний о диссоциативных частях

Образовательные интервенции направлены на повышение психической эффективности пациента. Психологические знания о диссоциативных частях могут принести пациенту облегчение, ослабить, по крайней мере до некоторой степени, его стыд и страх. В целом постепенное понимание особенностей систем действий и мотивов, которые организуют активность диссоциативных частей, приносит пациенту несомненную пользу, несмотря даже на то, что некоторые части прибегают к неадекватным действиям для достижения своих целей. Эмпатическое понимание терапевтом целей и соответствующих действий диссоциативных частей играет центральную роль в решении данной терапевтической задачи.

Однако, как и любая другая интервенция, предоставление психологических знаний может стать поводом некоторого усиления фобии, по крайней мере, у ВНЛ. В этом случае терапевт меняет стратегию, смещая фокус терапевтической работы на исследование мотивов, лежащих в основе фобии, и создает благоприятные условия для того, чтобы пациент в большей мере опирался на рефлективные действия: «Как вы думаете, что именно вызывало у вас страх или избегание, когда мы затронули тему других частей вашей личности?» Другими словами, дорефлективные убеждения, с которыми связаны реакции избегания на обусловленный страх, ненависть или отвращение по отношению к другим частям, постепенно и осторожно преобразуются в рефлективные убеждения, признание важности всех частей системы и тех действий, которые они исполняют.

Переосмысление дезадаптивных действий

Суть данных интервенций состоит в том, чтобы помочь пациенту понять, что даже те его действия, которые, на первый взгляд, кажутся неадекватными поставленным целям и/или обстановке, на самом деле направлены на решение задач, связанных с адаптацией. Обусловленные реакции страха, стыда и отвращения диссоциативных частей в отношении друг друга могут быть ослаблены и изменены через интервенции, направленные на переосмысление дезадаптивных действий тех или иных частей, раскрытие позитивного аспекта этих действий (Haley, 1963). Так, например, терапевт помогает одним частям узнать мотивы действий других частей (например, «Я наносил себе повреждения, потому что это помогало справляться с эмоциональной болью», «Секс нужен мне для того, чтобы избежать невыносимого одиночества») (Boon & Van der Hart, 2003). Терапевт также способствует усилению рефлективного убеждения относительно того, что цели тех или иных час-

тей являются или могли быть в прошлом адаптивными, хотя позитивные цели трудно распознать за дезадаптивными убеждениями и неадекватным поведением.

Выбор терапевтических интервенций при работе с определенными диссоциативными частями

Интервенции, направленные на отдельные диссоциативные части личности пациента, как правило, предназначены для регуляции функционирования этих частей, улучшения их ориентировки в настоящем, проработки специфических сопротивлений и защит, а также для помощи определенным частям в овладении тенденций к действиям более высоких уровней. К числу этих интервенций обычно относятся: повышение психической эффективности той или иной диссоциативной части, конфронтация данной части с избегаемыми стимулами, а также с дезадаптивными дорефлективными центральными убеждениями, регуляция аффекта и импульсов, помощь в формировании безопасных границ в отношениях пациента с другими людьми, в терапии, и между диссоциативными частями его личности.

Терапевт должен быть очень внимательным в тех ситуациях, когда какая-либо часть обращается к терапевту с просьбой, чтобы тот не рассказывал другим частям о темах, которые затрагивались в разговоре с данной частью. В этих случаях терапевт рискует оказаться в сговоре, целью которого является утаивание от других частей информации, по сути, принадлежащей всей личностной системе пациента. Основное правило здесь состоит в том, что терапевт не должен превращаться в хранителя секретов. Напротив, он должен побуждать диссоциативные части к активному обмену информацией между собой в то время и в том месте, которые они выбирают сами. Это может происходить и во время сессии с помощью терапевта, однако присутствие терапевта и/или наличие консультационного кабинета для этого не обязательно. Соблюдение этого правила является особенно важным, когда речь идет о безопасности пациента, например, при опасных формах отыгрывания у какой-то диссоциативной части.

Однако в случаях, когда психический уровень некоторых частей недостаточен для обсуждения тех или иных тем, терапевт поступит разумно, если не станет преждевременно подталкивать части к интенсивному обмену информацией и знаниями, а решит дождаться повышения общего психического уровня пациента. Например, наблюдающая АЛ пациента с РДИ сообщает терапевту о том, что она располагает доступом к наиболее тяжелым и болезненным воспоминаниям о травматических событиях, о которых ВНЛ пока что ничего не знает. Доступ ВНЛ к этим воспоминаниям блокирован, и она ничего не знает об этих событиях, так как пока еще не в состоянии справиться с этими переживаниями. Поскольку данная информация не связана с угрозой пациенту, а сами тяжелые воспоминания не были реактивированы, то терапевт не стал настаивать на немедленной конфронтации ВНЛ с этими воспо-

минаниями, так как это, скорее всего, привело бы к опасной дестабилизации ВНЛ. Вместо этого терапевт продолжил сотрудничество с наблюдающей АЛ и с ее помощью выяснил, что именно необходимо сделать, чтобы подготовить эту ВНЛ и другие части к проработке травматических воспоминаний, а также то, как именно можно определить, что данная ВНЛ готова к этой работе.

В клинической литературе, посвященной РДИ и НДР, приведено описание разных типов диссоциативных частей (см. главу 4), однако мы остановимся на тех АЛ, которые чаще всего появляются в терапии и вызывают наибольшие затруднения у терапевта: преследующих, «бойцовских» и детских. Кроме того, мы рассмотрим работу с наблюдающей и заботящейся частями, которые могут оказать терапевту помощь в планировании и проведении тех или иных интервенций.

Работа с имитирующими агрессора (преследующими)*[*] *частями личности. В личностных системах жертв хронической травмы, перенесенной в детстве, практически всегда присутствуют АЛ, которые имитируют агрессора, в той или иной степени идентифицируя себя с человеком (людьми) в жизни пациента, который совершал по отношению к нему акты насилия. Однако принятие решения о непосредственной работе с этими частями на первой фазе терапии зависит от того, насколько сильное влияние оказывают эти части на личностную систему пациента в целом. Если эти части оказывают сильное влияние на ход терапии в самом ее начале, то терапевт должен начинать работу с диссоциативными частями именно с этих частей. Чем раньше он установит контакт и начнет коммуникацию с ними, тем лучше. При этом терапевт сохраняет уважительное отношение к этим частям и признает их потребности. Прежде всего, терапевт должен обратиться ко всей личностной системе и рассказать всем ее частям о тех функциях, которые имитирующие агрессора части исполняют в личностной системе пациента: например, когда-то во время травматизации они играли защитную функцию, помогая пациенту выжить. Для того чтобы стало возможным постепенное формирование взаимного понимания, эмпатии и сотрудничества между диссоциативными частями, терапевт должен постоянно прилагать усилия по разъяснению другим частям защитных функций, которые исполняют имитирующие агрессора части, раскрывая их позитивные аспекты. Результатом этих интервенций будет посте-

---

* В оригинальном издании этой книги 2006 года в данном разделе авторы используют термин «преследующие части» (persecutory parts), однако при подготовке перевода на русский язык авторы, внесшие в исходный текст ряд правок, заменили его на другой – «имитирующие агрессора части» (perpetrator-imitating parts). Термин «преследующие части», или «преследующие альтер-личности», представляется более широким, он охватывает диссоциативные части, агрессия которых в отношении других частей может быть связана с самыми разными мотивами, в том числе и с защитным маневром идентификации с агрессором (см., например: *Патнем Ф.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности. М.:Когито-Центр, 2004. С. 156). Далее, следуя пожеланиям авторов, мы используем термин «имитирующие агрессора части». – *Прим. пер.*

пенная трансформация упрощенного негативного отношения к этим частям со стороны других частей.

Очень часто внимание терапевта бывает приковано лишь к одной стороне активности преследующих АЛ, которая представляет проблему для всей личностной системы. Однако есть и другая сторона медали: благодаря идентификации с агрессором эти части защищают пациента от самых ужасных аспектов травматических переживаний, с которыми пациенту пока что трудно справляться по-другому. Да, конечно, внутри личностной системы эти части приняли роль насильника в отношении некоторых частей, поэтому они стали изгоями, их отвергают и избегают другие части, однако главным их мотивом все же является защита пациента (Goodman & Peters,1995; Ross, 1997). Как отмечает Росс,

> они [имитирующие агрессора части] очень часто становятся объектом отвержения, обесценивания и давления как со стороны других [ВНЛ], так и терапевта. В них видят проблему, и обычно другие [ВНЛ] считают их причиной всех своих несчастий. С системной точки зрения, преследователя [как часть личностной системы] можно было бы уподобить тому члену в семейной системе, который является носителем патологии и идентифицируется как пациент. Однако проблема заключается в чем-то другом, а не в поведении «плохой» части. Напротив, поведение этой части направлено на решение проблемы*, и задача терапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту понять, какая именно проблема решается через такое самодеструктивное поведение, и помочь системе найти более адаптивное решение (Ross, 1997, p. 429).

Имитирующие агрессора АЛ обычно характеризуются недостаточной психической эффективностью при высоком уровне психической энергии. Поэтому часто они бывают неистово яростными, исполненными презрительного отношения и даже садистичными. Как правило, у них наблюдаются серьезные искажения времени и реальности, они фиксированы на прошлом, принимают за истинную свою идентификацию с реальным насильником или правдоподобно имитируют его. Они живут во времени травмы. Другими словами, субъективная оценка своих собственных действий по шкале реальности у этих частей слишком завышена и сильно расходится с тем, какое положение эти действия занимают в иерархии уровней реальности на самом деле. Плата за это высока: страдания и снижение психического уровня личности пациента в целом. Имитирующие агрессора АЛ, как правило, не проявляют желания вступать в контакт с терапевтом и непосредственно участвовать в терапии. Они предпочитают оставаться «за кулисами», саботируя прогресс в терапии, воспринимая это как опасность, как угрозу шаткому внутреннему равновесию личностной системы. У них отсутствует или существенно ограничена

* Хотя с точки зрения системы в целом такое решение может быть дезадаптивным. – *Прим. науч. ред.*

способность к рефлективным действиям, к ментализации или вербализации своих страхов или ожиданий. Однако если этим частям удается персонификация собственных болезненных переживаний и воспоминаний и необходимость в прежних защитных действиях исчезает, то общий психический уровень пациента значительно, порой драматически, возрастает. Тогда способность всех частей личностной системы к взаимному сотрудничеству, поиску и воплощению адаптивных решений, может значительно улучшиться. Впрочем, для достижения этого результата могут потребоваться годы тяжелой работы в терапии.

Для повышения психической эффективности этих (и других) частей личности, терапевт побуждает их к осознанию настоящего, создает атмосферу безопасности, устанавливает с ними надежные отношения в терапии, корректирует их когнитивные ошибки, помогает найти истоки стыда и внутренней ненависти, снижает интенсивность ненависти и страха, которые испытывают другие диссоциативные части по отношению к частям, имитирующим агрессора. Благодаря усилиям терапевта, к преследующим частям может прийти понимание того, что их садизм является мощным замещающим действием, защитой от глубинного чувства беззащитности и беспомощности.

Терапевту необходимо помнить, что в работе с диссоциативными пациентами, жертвами травмы, очень высок риск соскальзывания к дезадаптивным действиям в отношении любой из этих частей, а именно: потакания, угождения или борьбе с ними (Young et al., 2003). Поэтому терапевт должен поддерживать высокий уровень психической эффективности и сохранять установку эмпатического понимания пациента, а не создавать поводы для активации его защитных действий. Это означает, что основой уважительного взаимодействия терапевта с этими АЛ являются его эмпатия и интерес. Вместе с тем терапевт предлагает тренинг навыков, поддерживает твердые ограничения в отношении агрессивного поведения, а также помогает пациенту сдерживать импульсивные дезадаптивные реакции (Van der Hart et al., 1998). Если терапевт застревает в защитной позиции из-за вербальных атак и угроз со стороны имитирующих агрессора частей, то тем самым увеличивается вероятность негативной реакции пациента, с которой трудно будет справиться терапевтическими методами. В том случае, если терапевт совершил ошибку, позволив себе оказаться вовлеченным в защитные действия в ответ на атаки пациента, он должен, прежде всего, осознать происходящее, попытаться восстановить утраченную установку эмпатического понимания и продолжить контакт с имитирующей агрессора частью личности пациента. Значение, которое имеет для успеха терапии сохранение и углубление контакта терапевта с этими диссоциативными частями, трудно переоценить.

Работа с защищающими (борющимися) частями личности. Многое из того, о чем говорилось по поводу работы с имитирующими агрессора частями, может быть использовано и в работе с защищающимися (борющимся) частями. Однако есть и некоторые отличия, которые, впрочем, не являются

существенными. Эмпатического понимания терапевта требует главным образом тот факт, что активность некоторых АЛ пациента, его борющихся частей почти полностью находится под управлением подсистемы борьбы, так что баланс между психической энергией и эффективностью этих частей очень часто смещен в сторону энергии. Они склонны к неадекватным реакциям гнева и защиты, особенно при реактивации травматических воспоминаний. Эти части могут быть провокационными и во внешних отношениях, и во взаимодействии с другими диссоциативными частями. Любой намек на угрозу с легкостью активирует эти АЛ.

Задача терапевта, прежде всего, состоит в том, чтобы борющиеся части стали воспринимать терапевтические отношения как безопасные, а не как угрожающие. При этом при работе с этими диссоциативными частями во что бы то ни стало терапевту следует сохранять вежливое отношение к пациенту, а его поведение должно быть настолько понятным, предсказуемым и последовательным, насколько это возможно. Поэтому терапевту следует воздерживаться от неожиданных для пациента и резких движений во время сессии. Так, например, терапевт может предупредить пациента о намерении совершить какое-то действие: «Я встану и возьму свою записную книжку, хорошо?». Кресло терапевта должно быть расположено таким образом, чтобы оно не загораживало пациенту путь к двери. Терапевт должен узнать у пациента, чувствует ли он большую безопасность при закрытых или открытых жалюзи. Терапевт должен помнить, что при непосредственном контакте с борющимися частями ему придется иметь дело с очень сильными аффектами ярости. Поэтому его задача состоит в том, чтобы помочь пациенту преобразовать эти эмоции в адаптивное чувство гнева, для которого могут быть найдены адекватные средства и каналы выражения. Эти части нуждаются в том, чтобы на смену их дорефлективной разрядке аффектов ярости пришло более рефлективное отношение к собственному гневу. Этому могут, например, помочь такие комментарии и действия терапевта: «Я понимаю, что после того, как вы, находясь во власти ярости, нанесете несколько ударов по стене, вы сразу же чувствуете облегчение. Однако мы оба понимаем, что это облегчение временно и вряд ли вам принесет много пользы, по крайней мере, что-то еще, кроме этого скоропреходящего облегчения, если вы сейчас атакуете стены этого кабинета. Может быть, мы попробуем изменить это, и для начала сделаем дыхательные упражнения? Попробуйте сосредоточиться на своем дыхании… Теперь, когда ваше присутствие здесь и сейчас стало более полным, попробуйте рассказать (или нарисовать), как вы переживаете эту эмоцию, как это, носить такую ярость в себе? Возможно, внутри вас есть части, которые сейчас могли бы помочь вам разобраться с этой яростью, так что вы получали бы помощь не только извне, от меня, но и изнутри, помогали бы себе сами?».

Очень часто для борющихся (и имитирующих агрессора) частей характерно обусловленное негативное оценивание уступчивых, склонных к подчи-

нению и нуждающихся частей как защитный маневр, направленный против осознания своего чувства беспомощности и собственных базовых потребностей, которые остались неудовлетворенными. Поэтому формированию внутренней эмпатии помогли бы образовательные интервенции терапевта о том, какую роль для решения задачи выживания в экстремальных обстоятельствах играет поведение подчинения, а также об универсальности базовых человеческих потребностей.

> У Марты (см. главу 16), пациентки с РДИ, была очень сильная борющаяся часть, которая ненавидела и презирала детскую часть, чрезвычайно склонную к поведению (полного) подчинения. Как-то терапевт попросил борющуюся часть, которая видела свое предназначение в защите других частей от насилия, объяснить причины такой ненависти к детской части. Борющаяся часть рассказала, что во время группового изнасилования – Марте было 17 лет, когда это случилось – он* изо всех сил оказывал сопротивление насильникам до тех пор, пока детская часть не овладела контролем над поведением и не подчинилась их требованиям, после чего Марту жестоко изнасиловали. Поэтому борющаяся часть Марты была уверена, что не смогла достичь своей цели – предотвращения насилия – из-за «предательского» поведения детской части. Терапевт обратился к борющейся части: «Как вы думаете, что бы произошло, если бы вы продолжили свое сопротивление насильникам и детская часть не взяла контроль в свои руки?» Последовала пауза, после которой борющаяся часть, очевидно, испытывающая потрясение, ответила: «Тогда они убили бы нас!» «Да, тогда бы они убили вас!.. – отозвался терапевт и добавил. – Получается, что своей жизнью вы обязаны этому маленькому ребенку внутри, не так ли?» «Да, похоже, что так», – признала борющаяся часть. «Кажется, вы могли бы быть благодарны ей за это. Как вы думаете, вряд ли эта часть заслужила, чтобы ее ненавидели?» Пациент: «Пожалуй, что не заслуживает». После этого борющаяся часть не только стала более сочувственно относиться к детской части, но и проявлять к ней большее уважение и благодарность.

Для укрепления терапевтических отношений будет полезно, если терапевт заверит другие части, что всегда будет учитывать мнение этих сильных и энергичных частей по поводу безопасности работы с травматическими воспоминаниями, а также будет поощрять борющиеся части открыто выражать свои соображения по поводу той или иной ситуации в терапии (то есть терапевт привлекает их к активному участию в терапии). Терапевт, по мере возможностей, сохраняя установку эмпатического понимания в отношении защитной позиции этих частей, предлагает пациенту новый, более позитивный взгляд на смысл и цели его защитных действий. Эффективность этих усилий зависит от их постоянства.

---

* Борющаяся часть личности Марты обладает мужской гендерной идентичностью. – *Прим. пер.*

Работа с «детскими» частями личности. Как и в работе с другими частями, при работе с «детскими» частями, которые, как правило, содержат травматические воспоминания, действует тот же основной принцип: учет психического уровня пациента и, в частности, «детских» частей его личности. АЛ, доминантой активностью которых является острая потребность («крик») в отношениях привязанности, могут слишком быстро устанавливать отношения привязанности с терапевтом, что, однако, будет неизменно вызывать сильные защитные реакции у частей с фобией привязанности. Следствием слишком быстрого темпа или высокой интенсивности в работе с «детскими» АЛ может стать чрезмерная реактивация травматических воспоминаний и замещающих действий, таких как самоповреждения со стороны борющихся АЛ и имитирующих агрессора частей, а также дальнейшая декомпенсация ВНЛ (Boon & Van der Hart, 2003).

Работа с «детскими» АЛ обладает рядом особенностей, которые необходимо учитывать. Во-первых, терапевт может легко поддаться соблазну придать «детским» частям больший «онтологический» статус и относиться к ним как к реальным детям. Это, как правило, приводит к тому, что терапевт уклоняется в избыточные нерефлективные и/или дорефлективные действия, стремясь выполнять родительские функции по отношению к пациенту, проявляя, в частности, неуместную заботу. Во-вторых, детские части личности часто несут наиболее сильные переживания боли, одиночества, ужаса и стыда, которые могут становиться невыносимыми и для терапевта, вызывая у него защитную реакцию отстранения или утрату терапевтической позиции, предполагающей нейтральность. И наконец, функционирование детских частей, как правило, соответствует низким уровням тенденций, поэтому им может недоставать способности к вербализации, отвлеченному мышлению, владению базисными понятиями, способности совершать систематические продолжительные действия, направленные на достижение долговременных целей. Присутствие «детских» и других «нуждающихся» АЛ может обнаружиться в терапии довольно рано, так как активация этих частей происходит всякий раз, когда пациент обращается к травматическим воспоминаниям. Кроме того, активность этих АЛ управляется системами действий, ориентированными на отношения привязанности, поэтому эти части стремятся к таким отношениям с терапевтом (или стараются предотвратить их утрату). ВНЛ пациента может ожидать, что терапевт будет заботиться об этих отверженных и нуждающихся АЛ, поэтому будет способствовать их активации в терапевтических отношениях, чтобы у терапевта была возможность «привести в порядок» эти части.

Хотя в своей работе с этими частями терапевт помогает им лучше ориентироваться в безопасном настоящем и владеть навыками саморегуляции, он должен всегда помнить, что главная задача состоит в том, чтобы именно личностная система пациента в целом научилась принимать и понимать эти части, отвечать на их потребности. В этой части своей работы терапевт в каком-то смысле берет на себя роль тренера, который обучает ВНЛ и/или дру-

гие части личности пациента тому, как позаботиться о детской и других нуждающихся частях. Примером такой заботы о себе может послужить случай, который произошел с Линдой, о чем она потом рассказала своему терапевту:

> Рассказывала ли я вам о маленькой девочке, которая неожиданно появилась и пошла рядом по улице, когда мной внезапно овладел ужасный приступ паники? И о том, что я решилась посмотреть на нее? Она была крошечной копией меня самой. Я узнала ее и увидела, как она несчастна. Она была слишком мала, чтобы понять, что происходит. Я решила взять ее с собой, впустить ее внутрь себя, объяснить ей ситуацию и заботиться о ней… И тогда паника вдруг прекратилась, а я обрела способность размышлять о причинах этого приступа. Та паника (которая имела вполне определенное основание) никогда больше не повторялась.

Помощь при слиянии диссоциативных частей личности

Преодоление фобии диссоциативных частей в конечном счете предполагает *слияние,* которое может быть определено следующим образом: «Процесс или момент встречи двух и более [частей личности], конечной целью которой является соединение их в унитарную целостность» (Braun, 1986, p. xv; ср.: Kluft, 1993c). Пациенты часто боятся и избегают слияния. Такая реакция может рассматриваться как особый подтип фобии диссоциативных частей. Для того чтобы пациент преодолел эту фобию, терапевт должен тщательно исследовать сопротивление слиянию и не настаивать на нем, если психический уровень пациента не позволяет ему справиться с задачей слияния.

Полное объединение всех диссоциативных частей является такой трансформацией личности пациента, при которой благодаря интеграции устанавливается связь и согласованность между действиями, прежде принадлежащим разным частям, что в итоге приводит к полной *реализации.* Сферы систем действий и перцептивно-моторных циклов пациента претерпевают существенное расширение, они становятся гораздо более координированными, гибкими и взаимосвязанными, при этом устраняется пропасть между ВНЛ и АЛ. У пациента появляется гораздо больше возможностей рефлективного выбора поведенческих тенденций в данной конкретной ситуации, а его действия осуществляются на более высоком уровне психической эффективности. Во время и после завершения формирования целостной личности у людей, переживших травму, появляется чувство личностной соотнесенности со своим прошлым, настоящим и будущим. Они обретают одну унитарную личность, в которой есть одно Я, несущее в себе единственную субъективную идею себя, мира и отношений с этим миром (Nijenhuis, in press). Интегративные действия, результатом которых должно стать слияние двух или более диссоциативных частей пациента, осуществляются на третьей фазе психотерапии (см. главу 17). Однако частичные слияния разных частей личности могут происходить и на более ранних этапах терапии как краткий экскурс в третью фазу.

Использование рефлективных высокоуровневых ментальных действий: «внутренний источник мудрости»

Идея о раскрытии «источника внутренней мудрости» не нова ни в психологии, ни в области терапии диссоциативных расстройств (Comstock, 1991). Элленбергер (Ellenberger, 1970), отмечал, что пациентка Жане Жюстин интериоризировала своего доктора как фигуру мудрости. Когда она обращалась к этой внутренней репрезентации с вопросами, «он давал ей хорошие советы, которые, что интересно, не были простым повторением того, что он [Жане] действительно говорил ей когда-то, но отличались новизной и разумностью» (p. 369). По-видимому, у большинства диссоциативных пациентов ментальные действия мудрости и рефлексии, принадлежащие тенденциям высоких уровней иерархии, чаще всего сосредоточены в наблюдающих АЛ. Эти части не могут воплотить эти ментальные действия в поведении, но они способны говорить о них. Распознавание этих частей и установление с ними контакта является позитивным фактором в терапии, так как помогает развитию внутреннего сотрудничества между разными частями личности пациента и способствует формированию уверенности пациента в своих силах.

Истоки этого подхода принадлежат традиции терапевтического применения «недирективного» гипноза, когда терапевт предлагает пациенту обратиться к своему «бессознательному разуму» (или «внутреннему Я», «мудрецу») для решения важных проблем (Erickson, 1980; Van der Hart, 1988a). Кракойер (Krakauer, 2001) распространила этот подход на лечение пациентов со сложными диссоциативными расстройствами и предложила технику, в рамках которой диссоциативные части личности пациента обращаются к «внутренней мудрости бессознательного разума» за советом и просьбой направлять их действия. Линехан (Linehan, 1993) использовала понятие «мудрого Я» в работе с пограничными пациентами. Конечно, это вовсе не означает, что терапевт перекладывает всю ответственность за терапию на «внутреннюю мудрость» пациента, но принимает всерьез этот внутренний ресурс, поскольку он может повысить чувство автономии пациента, противостоя, таким образом, формированию дезадаптивной зависимости от терапевта (ср.: Steele et al., 2001).

В таблице 15.1 приведена подборка других терапевтических принципов и техник, которые следуют из того, что мы обсуждали выше, а также из базовых принципов терапии, которые были сформулированы в главе 12.

РЕЗЮМЕ

По мере того как в терапии происходит проработка фобии привязанности и связанных с травмой ментальных действий, терапевт помогает постепенному развитию контакта между диссоциативными частями личности пациента в том темпе, который подходит для данного конкретного пациента. Ключевым

Таблица 15.1

Интервенции по преодолению фобии диссоциативных частей

- Как правило, при первичной, вторичной и третичной диссоциации личности терапевтическая работа начинается с интервенций, направленных на ВНЛ, целью которых является улучшение повседневного функционирования пациента (повышения психической энергии и эффективности для повседневной жизни).
- В случае третичной диссоциации личности начните с установления отношений сотрудничества между теми ВНЛ, которые являются активными в повседневной жизни (поддержка тенденций социальной и межличностной сферы, принадлежащих ВНЛ и соответствующих уровню рефлективных и экспериментальных тенденций).
- Знакомство диссоциативных частей и развитие коммуникации между ними должно происходить постепенно с учетом ограничений, которые определяются их психическим уровнем (поэтапное установление контакта с контролем рецидива симптомов; поддержка интегративных действий благодаря безопасному экспериментированию в контексте надежных терапевтических отношений).
- Сосредоточьтесь сначала на работе с отношениями между теми частями личности, у которых меньше всего выражена взаимная фобия. Затем постепенно переходите к частям с более сильной фобией других диссоциативных частей (поэтапное установление контакта и сближение).
- Поощряйте рефлективные действия, способствующие развитию внутренней эмпатии, регуляции, владению собой (ментализация, развитие внутренних социальных навыков).
- Адресуйте свои слова всем частям личности пациента (Kluft, 1982; Ross, 1997), используя для этого ВНЛ как «посредника» (интервенции должны быть направлены всей личностной системе пациента; помощь в достижении более высокой психической эффективности).
- Приглашайте детские АЛ «смотреть и слушать» то, что происходит на терапевтическом сеансе, предлагайте им взглянуть на происходящее глазами «взрослой» ВНЛ (развитие синтеза и *реализации* через опробование новых социальных действий; внутреннее сотрудничество; формирование навыков).
- Создание и разработка образа внутреннего пространства, общего для всех частей, где они могли бы чувствовать себя в безопасности, или образов индивидуальных зон безопасности, например, для АЛ. Через диалог с диссоциативными частями, узнайте у них, когда им может понадобиться «внутреннее убежище» (повышение синтеза и *реализации;* использование символизации и других техник, опирающихся на воображение, для поощрения ментализации и экспериментальных тенденций).
- Помогите диссоциативным частям создать образы безопасного внутреннего пространства для встреч диссоциативных частей, используя, например, метафору конференц-зала (Fraser, 1991, 2003; Krakauer, 2001), в которой имплицитно присутствуют представления о регламенте и порядке коммуникации (использование техники образной символизации для усиления социальных действий уровня продолжительных рефлективных и экспериментальных тенденций).
- Используйте образ устройства двухсторонней связи (интерком или телефон) для развития внутренней коммуникации между частями (техника образной символизации для поощрения интегративных действий).

- Для установления контакта и коммуникации с АЛ, обладающими низким психическим уровнем, опирайтесь на способы невербальной коммуникации (взаимодействие с этими частями возможно только на более низком уровне, то есть на уровне невербальных досимволических тенденций).
- Используйте системы идеомоторных сигналов (например, движения пальцев с заранее присвоенными значениями тем или иным движениям) для коммуникации с теми частями, которые по каким-то причинам не пользуются речью в терапии (Hammond & Cheek, 1988; Putnam, 1989).
- Используйте рисование и другие виды изобразительного творчества для того, чтобы помочь разным частям общаться между собой.
- Попросите какую-либо часть выступить посредником и говорить за ту часть, которая не может этого делать или не откликается на обращение к ней.
- Если происходит переключение между частями, позвольте ему завершиться и постарайтесь выяснить его причины, поинтересуйтесь, может ли «ушедшая» часть продолжать слушать и участвовать в работе (усиление синтеза и *реализации* через повышение открытости и гибкости диссоциативных частей).
- Помогите диссоциативным частям в отработке навыка совместного решения вопросов, касающихся повседневной жизни, используя, например, групповые дискуссии (формирование навыков, усиление социальных тенденций к действию на уровне продолжительных рефлективных и экспериментальных тенденций).
- Поощряйте совместный исполнительный контроль диссоциативных частей над осуществлением задач повседневной жизни (укрепляйте сотрудничество между частями личности пациента, способствующее повышению психического уровня и интеграции систем действий; развитие внутренних социальных навыков).
- Приглашайте ту или иную часть «появиться» и принять участие в индивидуальной работе с терапевтом. В работе с некоторыми пациентами необходимо применение гипнотических техник, например, обратный отсчет от 5 до 1 (повышение психической эффективности одной части, которое может привести к изменениям другие части).
- Помогайте диссоциативным частям осознать контекст настоящего и ориентироваться в нем, используя все сенсорные модальности (расширение поля сознания на сенсомоторном уровне; присвоение настоящему наивысшей степени реальности).
- Используйте ориентирующие утверждения: «Здесь вы в безопасности. Вы в моем кабинете. Здесь вам не причинят вреда; человека, который вас обидел, здесь нет» (присвоение наивысшей степени реальности безопасной для пациента ситуации в настоящем; поддержание отношений надежной привязанности).
- Предоставляйте определенным диссоциативным частям необходимые для них психологические знания. Например, объясните, почему жертвы сексуального насилия часто испытывают сексуальное возбуждение и оргазм. Это поможет снизить интенсивность эмоции стыда у той части, которая испытала нечто подобное. Некоторые насильники стараются вызвать у своих жертв сексуальные чувства и реакции. Подобные реакции могут возникать непроизвольно, поскольку связаны с биологическими телесными реакциями. Пригласите также и другие части послушать эти объяснения (улучшение психической эффективности для проработки сложных эмоциональных проблем).

- Обсуждайте отношения между разными частями, например: «Могли бы вы помочь мне понять, почему вы не любите или избегаете эту часть?» (исследование сопротивления и обусловленных реакций).
- Избегайте разговоров о содержательной стороне переживаний частей, в том числе травматических воспоминаниях, и сосредоточьтесь на отношениях между частями (постепенное развитие контакта между частями).
- Попросите наблюдающую часть рассказать о других частях личности или иных аспектах жизни пациента (Boon & Van der Hart, 2003) (использование способности пациента к рефлексии).
- Обсудите с заботящейся частью, как лучше всего внутренне помочь нуждающимся частям (стимулирование интеграции систем действий для решения внутренних задач; поддержание социальных тенденций, в том числе ментализации).
- Постепенно вовлекайте части с фобией привязанности в отношения с другими частями и терапевтом (формирование отношений надежной привязанности).

фактором успеха здесь выступает способность терапевта к эмпатическому пониманию убеждений, переживаний и сопротивлений пациента с сохранением контакта с реальностью (то есть терапевт всегда помнит о том, что диссоциативные части пациента составляют единую личностную систему). Терапевт рассуждает о пациенте, исходя из представлений о личностной системе, и его интервенции должны быть адресованы всей системе в целом. Выбор направления и содержания интервенций основан на тщательном и непрерывном анализе функционирования всех диссоциативных частей, их ролей и отношений. Интервенции могут осуществляться на разных системных уровнях: личности как единой системы в отношении двух и более подсистем (частей) личности, а также могут быть адресованы какой-то одной диссоциативной части индивидуально. Однако стратегической целью всех интервенций на всех уровнях является преодоление структурной диссоциации и повышение осознания себя пациентом как единой целостной личности. В данной главе приведено описание интервенций при работе с частями личности, которые относятся к наиболее распространенным типам АЛ: имитирующие агрессора, борющиеся, детские и наблюдающие.

ГЛАВА 16

Вторая фаза терапии

Преодоление фобии травматических воспоминаний

Так вы думаете, что *здесь* я смогу вновь пережить ту боль, которую мне удалось избежать во время травмы, и при этом не рассыпаться на части и не сойти здесь с ума…? Вы полагаете, что такое возможно?

Неизвестная (цит. по: Ferenczi, 1988, p. 181)

После того как цели первой фазы терапии достигнуты, можно приступать к работе с травматическими воспоминаниями. На второй фазе терапии предметом систематической и постепенной проработки являются фобии, связанные с ненадежными отношениями привязанности к насильнику, фобии аффективных частей личности (АЛ) отношений привязанности с терапевтом и утраты этих отношений; а также центральная фобия травматических воспоминаний. Преодоление фобии травматических воспоминаний предполагает направляемый терапевтом синтез и *реализацию* травматического опыта разными частями личности. Если эта задача решается успешно, то необходимость в структурной диссоциации личности отпадает. Основные элементы травматического опыта должны стать общим достоянием как ВНЛ, так и АЛ, объектами синтеза и *реализации*. Это означает, что травматическое воспоминание преобразуется в рассказ, содержащий символизацию и являющийся результатом презентификации и персонификации. Итогом этой *реализации* является как создание автобиографического нарративного воспоминания о травматическом событии, так и овладение теми действиями, которые ориентированы не на травматическое прошлое пациента, но на его жизнь в настоящем.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ФОБИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОТНОШЕНИЯМИ НЕНАДЕЖНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ С НАСИЛЬНИКОМ

По крайней мере, для некоторых частей личности пациента, жертвы семейного насилия в детстве, в терапии может возникнуть конфликт между надежной привязанностью к терапевту и опытом отношений ненадежной привя-

занности с насильником. Внешние признаки конфликта могут быть заметны уже в начале терапии, однако он может стать более острым на второй фазе, когда работа сосредоточена на воспоминаниях, касающихся травматических событий, которые происходили в контексте отношений привязанности. Так как в терапии оживает опыт отношений пациента в его дисфункциональной семье, с характерными для таких семей требованиями лояльности и хаотичностью связей, пациент (или разные диссоциативные части его личности) может почувствовать себя как будто бы стоящим перед необходимостью «выбора» между терапевтом и насильником. Вместе с этим активация травматических воспоминаний может усилить паттерн колебания между привязанностью к насильнику и защитными маневрами, направленными против него, свойственный некоторым диссоциативным частям. Другие диссоциативные части, например ВНЛ пациента, могут поддерживать отношения с жестокими или игнорирующими родителями вплоть до момента начала терапии, тогда как среди АЛ могут быть части, которые в отношении тех же персон испытывают ненависть, гнев, ужас. АЛ, активность которых организована вокруг отчаянного поиска объекта привязанности («крик привязанности»), могут цепляться, проявлять дезадаптивную зависимость и покорность в отношениях с насильником и не осознавать связанных с этим опасностей (Steele et al., 2001).

Если ВНЛ жертв хронической травмы пытаются подавить диссоциативные части, которые питают ненависть к насильнику, то защищающиеся АЛ, в свою очередь, пытаются саботировать коммуникацию ВНЛ с насильником. При попытках пациента установить какие-то границы в семейных отношениях, его ВНЛ испытывает сильную вину и стыд, а его намерения отделиться от семьи часто сопровождаются переживанием паники оставленности. Однако усилия АЛ при этом направлены на то, чтобы избежать контакта с насильником и даже спрятаться от него. Если в данной дилемме терапевт поддастся соблазну и поддержит тенденции пациента, направленные против насильника, то это рано или поздно заведет терапию в тупик. Для того чтобы этого не произошло, терапевт эмпатически исследует *все* чувства пациента к насильнику. Предоставление пациенту психологических знаний о том, как устанавливаются здоровые границы в отношениях между людьми, играет очень важную роль для помощи пациенту в овладении навыками адаптивной регуляции своих отношений с членами его семьи, если отношения в ней характеризуются нарушением границ и хаотичностью.

В том случае, если пациент, пришедший в терапию, все еще находится в отношениях, в которых он подвергается насилию, то терапевт оказывает поддержку его попыткам обезопасить себя. Однако терапевт ни в коем случае не должен оказывать нажим на пациента или вовлекаться в борьбу за власть в терапевтических отношениях, так как это неизбежно приведет к тупику и неудаче в терапии. Терапевт не запрещает пациенту поддерживать отношения с семьей, не вступает в конфронтацию с членами его семьи, не выражает позитивных или негативных чувств в их адрес. Он также не склоняет паци-

ента или части его личности занять определенную (позитивную или негативную) позицию по отношению к насильнику. Терапевт поощряет диссоциативные части выражать свое согласие или несогласие с действиями пациента, направленными на достижение большей безопасности («Все ли части внутри вас согласны с этим?»), делиться друг с другом своими чувствами и мыслями в отношении насильника, а также учиться сочувственно и с пониманием относиться друг к другу. Пациент как целостная личностная система постепенно учится справляться со своей амбивалентностью и в конечном итоге приходит к ее разрешению.

Первичные интервенции при работе с АЛ, фиксированными на травматических воспоминаниях

Активность многих АЛ преимущественно детерминирована подсистемами защитных и восстановительных действий. Для этих АЛ прошлое не стало прошлым, они переживают его как настоящее, поэтому их поведение и реакции остаются такими, какими они были у пациента в детстве или подростковом возрасте. Другими словами, они живут во времени травмы. В начале работы с этими частями терапевт не должен ставить во главу угла задачу формирования отношений привязанности, так как слишком быстрое установление связей привязанности, скорее всего, приведет лишь к активации и усилению защит. Поэтому первые интервенции, адресованные этим частям, должны служить ослаблению их фиксации на защитных действиях. Системным эффектом этих интервенций в случае их удачи будет то, что все части, даже те, которые пока еще не принимают непосредственного участия в терапии, почувствуют себя в большей безопасности в настоящем. Терапевт регулярно обращается к АЛ, фиксированным на травматическом прошлом, призывая их «проговаривать» то, что с ними происходит, побуждая их к визуальному контакту, беседе, для того чтобы понять, чувствуют ли они себя в безопасности. Терапевт также может поощрять эти части к взаимодействию с другими диссоциативными частями личности пациента, уже установившими отношения с терапевтом и в большей мере ориентированными на настоящее (здесь-и-теперь). Однако при этом следует помнить, что некоторые АЛ, содержащие травматический опыт, могут проявлять агрессию по отношению к другим частям. Выше мы отмечали, что прежде чем агрессивные части начнут проявлять больше эмпатии к другим частям и станут больше сотрудничать с ними, от терапевта потребуются существенные усилия для того, чтобы по возможности все диссоциативные части личности пациента поняли, какое значение для выживания пациента имели и имеют действия этих агрессивных частей. Таким образом, функционирование диссоциативных частей, жестко фиксированных на защитных действиях, постепенно становится более гибким по мере того, как терапевт побуждает их обращать внимание на контекст актуальной ситуации, а также в большей степени присутствовать в настоящем (презентификация) (см. главу 10). Потребность в защитных действиях постепенно снижается, так как в за-

щитной системе происходят определенные изменения. Она становится более открытой к восприятию нюансов внутренней динамики и внешней ситуации и в меньшей степени использует диссоциацию. Эти изменения позволяют пациенту постепенно устанавливать отношения привязанности с терапевтом, что, в свою очередь, способствует росту психической эффективности частей, содержащих травматический опыт. Необходимо также помнить о задаче формирования отношения надежной привязанности между АЛ и ВНЛ. В противном случае с развитием терапевтического альянса у пациента будут усиливаться фантазии о терапевте-спасителе.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ФОБИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВОСПОМИНАНИЙ

Разрешения фобии данного типа является одной из наиболее сложных задач терапии, так как для ее решения необходимо, чтобы и ВНЛ *и* АЛ пациента обладали стабильно высокой способностью к интеграции. Внимание к темпу терапии и регуляции состояний гипо- и гипервозбуждения пациента являются здесь ключевым фактором успеха. Необходимо всегда помнить о противопоказаниях перехода к этой фазе (Boon, 1997; Kluft, 1997; Steele & Colrain, 1990; Van der Hart & Boon, 1997). К ним относятся: психоз, фиксация на действиях, принадлежащих тенденциям низшего уровня, быстрые и/или безостановочные переключения между частями личности, соматические заболевания, понижающее психический уровень, отсутствие стабильности в жизненной ситуации пациента, продолжающееся насилие и другие факторы, приводящие к снижению психического уровня пациента. Чем ниже психический уровень, тем больше осторожности и более медленный темп требуется при продвижении в терапии, тем чаще будет возникать необходимость возвращения к интервенциям первой фазы.

Двумя основными аспектами работы с травматическими воспоминаниями являются: *управляемый синтез* и *управляемая реализация травматических воспоминаний.* Управляемый синтез предполагает регулируемую и контролируемую конфронтацию с травматическими воспоминаниями. Терапевт активно поддерживает усилия пациента, направленные на синтез ранее диссоциированных ментальных действий и травматических воспоминаний, помогая при этом пациенту сохранять контакт с настоящим (Van der Hart & Steele, 2000). Эта работа синтеза предполагает обмен разных частей личностей пациента когнитивными, сенсомоторными, аффективными и поведенческими элементами воспоминаний. Управляемая *реализация* представляет собой терапевтический процесс, в котором пациент с помощью терапевта и, пользуясь его поддержкой, создает историю своей жизни, завершает работу горя, достигает персонификации и презентификации более высокого уровня.

Очень важно помнить, что интервенции по проработке травматических воспоминаний должны быть прекращены или отложены, если у пациента

началось переживание флэш-бэк*. Терапевт старается объяснить пациенту (во время или после флэш-бэка), что проживание заново психотравмирующей ситуации как события настоящего, вызывающие шоковые эмоции, не принесет пользы: в этом *нет необходимости, и пациент не должен вновь повторно проживать эти события.* Прежде чем начнется работа с травматическими воспоминаниями, переживание флэш-бэк должно быть контейнировано**, а пациент (и разные диссоциативные части) должен быть ориентирован в настоящем и осознавать контекст актуальной ситуации. Только при выполнении этих условий терапевт и пациент могут принять совместное решение о начале интервенций управляемого синтеза.

Хотя в литературе, посвященной терапии диссоциативных расстройств, для описания этого процесса часто используют такие выражения, как *«контролируемое отреагирование»* или *«работа отреагирования»* (Fine, 1993; Kluft, 1988, 1994a; Putnam, 1989; Ross, 1989), мы предпочитаем термины *«управляемый синтез»* и *«управляемая реализация травматических воспоминаний»*, поскольку они передают идею интегративной природы ментальных действий синтеза и реализации, а не подчеркивают самостоятельную терапевтическую значимость катарсиса интенсивных негативных эмоций, сопровождавших травмирующее психику переживание (Howell, 2005; Huber, 2003; Van der Hart et al., 1993; см. критический анализ: Van der Hart & Brown, 1992).

При работе с травматическими воспоминаниями терапевт должен быть внимателен к своему контрпереносу. На второй фазе наиболее распространенными являются два варианта развития контрпереноса (Van der Hart & Steele, 1999). Во-первых, «завороженность», непомерная увлеченность содержанием травматических воспоминаний пациента как контрфобическая установка по отношению к ним. Этот вариант контрпереноса может способствовать преждевременному и чрезмерному сосредоточению терапевтической работы на травматическом материале при недостаточном внимании к формированию у пациента навыков регуляции и стабилизации его повседневной жизни. Во-вторых, возможна слишком сильная идентификация терапевта с недостат-

---

* Флэш-бэк, как и другие симптомы вторжения, относится к кругу состояний гипервозбуждения, которые характеризуются нарушением принципа организации мозговой активности «сверху вниз» и, следовательно, когнитивной переработки опыта и поступающей информации. – *Прим. науч. ред.*

** Для термина *contain,* который часто употребляется в англоязычной литературе, посвященной психотерапии, трудно подыскать более или менее краткий и одновременно аутентичный перевод на русский язык. Этот термин означает, что некоторые аспекты объектных отношений пациента, включая аффекты, которые пациент не может переработать психически, эвакуируются им в интерсубъективное поле терапевтических отношений. Если терапевт/аналитик сохраняет способность «удерживать» или «контейнировать» эвакуированные аспекты переживаний прошлого опыта и объектных отношений, то они могут быть прожиты пациентом в терапии/анализе без грубого разыгрывания, которое могло бы привести к нарушению или даже разрушению терапевтических отношений. – *Прим. науч. ред.*

ком *реализации* пациента, следствием которой может стать своего рода негласный сговор между терапевтом и пациентом, направленный на избегание травматических воспоминаний пациента. Терапевту следует всегда быть внимательным к тому, что он делает в терапии и к мотивам своих действий, все время сверяя их с принятыми стандартами интервенций и терапевтического процесса. Нет ничего удивительного в том, что травматический материал может вызвать потрясение у терапевта, что он почувствует себя беспомощным перед лицом страданий и невыносимого одиночества, которые испытывали или продолжают испытывать его пациенты. Поэтому терапевту следует регулярно консультироваться или проходить личную терапию, а также иметь возможность супервизии и интервизии со своими коллегами для того, чтобы справляться со своими сильными эмоциональными реакциями, которые сопровождают его работу с пациентами.

Работа с травматическими воспоминаниями состоит из нескольких этапов (Van der Hart et al., 1993): 1) *подготовка:* на этом этапе осуществляется планирование предстоящей работы; 2) *управляемый синтез:* все аспекты травматических воспоминаний становятся доступны всем диссоциативным частям; 3) *управляемая реализация:* на этом этапе начинается создание связного рассказа, или нарратива, в это вовлекаются все части личности, происходит повышение уровня персонификации и презентификации. Работа на последней стадии в большей степени ориентирована на процесс и может потребовать значительного времени. В терапевтической работе с травматическими воспоминаниями часто упускаются важные связи, так как некоторые терапевты полагают, что «воссоздание» или синтез воспоминания являются конечной целью процесса и останавливаются на этом. Однако для пациентов с хронической травматизацией это, по сути, только начало сложного и долгого пути *реализации.* Для успеха работы на этом этапе очень важно участие ВНЛ пациента, хотя в некоторых случаях синтез и разные уровни *реализации* могут первоначально происходить среди АЛ. Например, АЛ, активностью которых руководят разные (под)системы защиты, могут быть интегрированы до того, как ВНЛ приступит к работе *реализации* травматических воспоминаний.

Подготовка

Интервенции подготовительного этапа работы с травматическими воспоминаниями направлены на то, чтобы пациент стал лучше ориентироваться в настоящем, учитывать контекст актуальной ситуации при осуществлении тех или иных действий, а также поддерживать хороший контакт с терапевтом. Настолько, насколько это возможно, терапевту следует постоянно уделять внимание укреплению связей пациента с настоящим на протяжении всей работы с травматическими воспоминаниями. В идеале результатом этих усилий является то, что одна из диссоциативных частей, например наблюдающая АЛ, приводит полное описание травматической сцены и соответствующего переживания, это происходит без риска неконтролируемого повтор-

ного проживания травмы. Повторные проживания травматического опыта, или флэш-бэки, могут происходить время от времени, но они являются симптомами расстройства и не имеют отношения к терапевтической проработке травматических воспоминаний. Важно следить, чтобы уровень возбуждения пациента не становился слишком высоким или слишком низким, чтобы поддерживалась некоторая мера контроля над деструктивными эмоциями, достаточная для того, чтобы предотвратить панику, повторную диссоциацию травматического воспоминания или фиксацию состояния гипервозбуждения.

Прежде терапевт должен определиться с объемом воспоминания, а также временными координатами начала и завершения события или конкретного эпизода, воспоминание о котором прорабатывается в терапии. Четко установленные временные границы переживания помогают *реализации* пациентом начала, продолжения и завершения события/эпизода прошлого (ср.: Sachs & Peterson, 1996). У некоторых диссоциативных частей может отсутствовать осознание того, что травматическое событие уже завершилось, осталось в прошлом, поэтому помощь этим частям в *реализации* травматического опыта во временном контексте является одним из ключевых моментов второй фазы терапии. Весьма полезной для терапевтической работы на второй фазе также может оказаться информация о *патогенных ядрах,* или *«горячих точках»* (см. главу 1), то есть наиболее тяжелых и дезорганизующих функционирование пациента элементах его травматических воспоминаний, конфронтации с которыми пациент стремится избежать любой ценой. Доступ к этим элементам травматического опыта может быть получен через коммуникацию с наблюдающими АЛ, однако другие диссоциативные части могут быть не готовы к восприятию этой информацией и реагировать на ее раскрытие нарушением регуляции возбуждения, в том числе состоянием флэш-бэк, что является нежелательным для интервенций проработки травматических воспоминаний. Поэтому для этих частей личности может быть создано или найдено безопасное место во внутреннем пространстве пациента, в котором они могу оставаться в то время, когда терапевт и АЛ, располагающая информацией о «горячих точках», обсуждают этот вопрос. Синтез пациентом патогенных ядер играет существенную роль в проработке и интеграции травматических воспоминаний.

Помимо прояснения содержания воспоминаний, на стадии планирования принимается решение о том, какие части примут участие в проработке воспоминаний в первую очередь. Обычно на начальном этапе второй фазы в интервенциях проработки травматических воспоминаний принимают непосредственное участие одна или две части, которые «владеют» этими воспоминаниями, а также те части, которые могут оказать поддержку, помогая структурировать переживание, ободряя, успокаивая во время работы синтеза и после ее завершения. Однако функционирование некоторых пациентов уже на первой фазе повышается настолько, что все части их личностной системы могут одновременно принять участие в управляемом синтезе.

Довольно часто наблюдающие части предоставляют лишь сухое перечисление фактов прошлого, на основании которого трудно определить патогенные ядра травматического опыта пациента, поэтому при работе с такими пациентами на подготовительном этапе второй фазы патогенные ядра могут быть выявлены косвенным путем через исследование убеждений и оценок, которые сформировались в результате психотравмирующих переживаний: «Как вы думаете, как могло то, о чем нам всем сейчас стало известно, повлиять на ваши мысли и представления о себе самом?», «Как это могло повлиять на ваши представления о других людях?» Пациент с помощью терапевта проигрывает в воображении наиболее неблагоприятные сценарии того, что может произойти на сессии при проработке патогенных ядер. Терапевт может предложить пациенту поразмышлять над следующими вопросами: «Как вы думаете, если вы станете вспоминать здесь то, что вы испытали, когда происходили все эти события, что может с вами произойти? Чего вы больше всего опасаетесь?» Выслушав ответы пациента, терапевт может продолжить: «Если это случится, как мы могли бы со всем этим справиться?»; «С чем еще вам было бы трудно справиться?»

Тщательная подготовка, предваряющая управляемый синтез, вносит вклад в решение задачи повышения психического уровня пациента, решение которой является необходимым условием успешной интеграции травматических воспоминаний. До начала работы синтеза, во время и после нее терапевт и пациент стараются предупредить или остановить поведение избегания и замещающие действия, препятствующие интеграции воспоминаний. Эти действия могут быть самыми разными: снижение уровня сознания, интенсивные дезорганизующие аффекты, самодеструктивное поведение.

На этапе проработки может потребоваться увеличение продолжительности сессий, что, однако, делается не для увеличения интенсивности переживаний и времени погружения в травматический опыт, а из соображений более постепенной конфронтации с травматическими воспоминаниями, а также для того, чтобы пациент располагал необходимым ему временем для восстановления ориентации в настоящем и контакта с окружающим. Очень важно, чтобы у пациента были ясные представления о задачах интеграции травматических воспоминаний и о том, какого рода субъективные переживания будут сопровождать эту работу. Для регуляции интенсивности погружения в травматические воспоминания и поддержания способности пациента оставаться в контакте с реальным окружением в настоящем могут применяться гипнотические техники. Использование этих техник предполагает соблюдение следующих условий: наличие у терапевта соответствующей подготовки; информированное согласие пациента; наличие у пациента положительного опыта в отношении этих техник (Hammond, 1990; Kluft, 1988, 1989; Putnam, 1989; Van der Hart et al., 1990). Важной терапевтическим методом является ДПДГ. Этот метод может стать равноценной альтернативой методу управляемого синтеза, описание которого приведено ниже, при условии, что терапевт строго следует

рекомендациям по организации фазовоориентированного подхода к терапии последствий травмы, является сертифицированным специалистом по ДПДГ, обучен применению этого метода в работе с диссоциативными пациентами (см, например: Forgash & Copeley, 2007; Gelinas, 2003; Twombly, 2005).

Управляемый синтез травматических воспоминаний

Суть управляемого синтеза состоит в том, что терапевт направляет процесс воспоминания диссоциативными частями разных аспектов травматического опыта, а также регулирует доступ других диссоциативных частей к этим воспоминаниям (ср.: Foa, 2006; Leskin et al., 1998; Rothbaum & Schwartz, 2002). *Длительность и интенсивность экспозиций* должны соответствовать психическому уровню пациента.* Объем связанных с травмой стимулов, которые пациент в состоянии синтезировать в данный отрезок времени и впоследствии подвергнуть *реализации,* а также параметры продолжительности и интенсивности экспозиции, зависят от психического уровня, мотивации пациента, от уровня субъективной оценки тяжести пережитого психотравмирующего события. Терапевт не может и не должен понуждать пациента к действиям синтеза, интервенции экспозиции проводятся только с согласия пациента. Обычно переработка воспоминания даже о единичном психотравмирующем событии требует неоднократного повторения циклов управляемого синтеза. Случаи Марты и Фриды, приведенные в конце главы, представляют собой иллюстрации того, как на практике осуществляется управляемый синтез.

Способы воплощения базовых принципов управляемого синтеза зависят от конкретной терапевтической пары и определяются искусством терапевта и потребностями пациента. Для некоторых пациентов синтез травматических воспоминаний будет эффективным только в том случае, если непосредственное участие в терапевтической работе принимают только некоторые диссоциативные части, тогда как остальные находят прибежище во внутреннем безопасном месте и остаются там до тех пор, пока их психический уровень достигнет уровня необходимого для интегративных действий. Например, у Стива было пять различных АЛ. Одна из этих частей, у которой доминирующим аффектом был страх, воспринимала каждое приближение к воспоминаниям о жестоком физическом насилии как повторное проживание травмы, что стало причиной ее сопротивления проработке травматических воспоминаний, поэтому пациент с помощью терапевта, прежде чем приступить к работе с травматическими воспоминаниями, создал в своем внутреннем пространстве воображаемое убежище, в котором эта часть чувствовала себя в безопасности. Другие четыре АЛ и ВНЛ Стива были готовы к совместной проработке болезненных воспоминаний, и все время, пока продолжалась эта работа, напуганная АЛ Стива оставалась в звуконепроницаемом безопасном

* Exposure (*англ.*). В данном контексте – воздействие релевантными травме стимулами. – *Прим. науч. ред.*

месте. Управляемый синтез повысил психический уровень всех участвующих в нем частей личностной системы Стива, поэтому напуганная АЛ получила от других частей поддержку в ее усилиях, направленных на укрепление связей с настоящим и постепенную *реализацию* событий прошлого без повторного проживания травматического опыта.

Для других пациентов более эффективным будет привлечение всех частей к участию в работе синтеза. Некоторые пациенты независимо от усилий терапевта в большей степени, чем другие, склонны погружаться в воспоминания, утрачивая связь с настоящим. Поэтому необходимо учитывать индивидуальные особенности пациентов, приспосабливая к ним процесс проработки травматических воспоминаний.

Вообще говоря, терапевт и пациент должны договориться между собой о «правиле трех частей» (Kluft, 1993b), согласно которому сессии, в том числе те, которые посвящены работе синтеза, состоят из трех частей. Первая треть сессии отводится на подготовку и, возможно, начало синтеза. Вторая треть обычно занята управляемым синтезом, а последняя треть посвящена завершению, когнитивной проработке и восстановлению связей пациента с настоящим. Ни в коем случае работа синтеза или ее завершение не должно приходиться на конец сессии. Интервенции последней трети сессии помогают привести в соответствие психический уровень пациента с результатами работы синтеза. Внешние параметры терапевтической работы должны неукоснительно соблюдаться, сессии должны завершаться вовремя в соответствии с установленными договоренностями. При этом, конечно же, следует помнить, что время, необходимое для полного восстановления связи пациента с настоящим, зависит от индивидуальных особенностей пациента.

В самом начале управляемого синтеза проводится «собрание» всех частей. Терапевт помогает усилить чувства взаимной связи и эмпатии между ними. Для этого терапевт может, например, использовать метафоры сокращения дистанции или круга, образованного людьми, держащими друг друга за руки, подобно тому, как близкие и любящие члены одной семьи помогают друг другу справиться с горем. К этому образу терапевт может добавить и некоторые формулы, например, такую: каждая часть имеет свои сильные стороны, поэтому объединение делает каждую часть сильнее, так как сильные стороны каждой отдельной части станут после интеграции общим достоянием, таким образом, каждая отдельная часть получит помощь и поддержку от других частей. После этого терапевт может предложить формулы, направленные на укрепление контакта с психотерапевтом и с безопасным окружением кабинета психотерапевта. Только после этого следует постепенное обращение к содержанию травматических воспоминаний, при котором терапевт часто обращается ко всем частям с напоминаниями о необходимости сплоченности и сохранения связи с настоящим.

Во время сессии пациенту могут понадобиться краткие паузы для отдыха между циклами синтеза. Во время этих перерывов пациенту предлагают

выполнить упражнения на релаксацию и дыхание, а также концентрироваться на контакте с терапевтом. Терапевт может также использовать паузы для формул внушения, направленных на изменение восприятия времени. Например, в отношении циклов синтеза используются формулы, направленные на снижение субъективной оценки их продолжительности («Минуты пролетают, как краткие мгновения, едва различимые в общем течении времени»), а для перерывов на отдых оценка длительности может быть скорректирована в сторону увеличения («Минуты отдыха превращаются в часы, а часы – в долгие дни, свободные от забот и суеты»). Для отдыха и восстановления сил, могут быть использованы следующие образы: пациенту предлагают представить себя погруженным в потоки белого света или окунающимся в бассейн с целебной водой. Терапевт также может пользоваться образами, которые предлагает сам пациент.

В зависимости от психического уровня пациента управляемый синтез может протекать в более быстром темпе и охватывать весь травматический материал или же совершаться медленно с проработкой травматического опыта отдельными небольшими порциями. Однако каким бы ни был темп терапевтического процесса, терапевт всегда должен поддерживать усилия пациента, то есть поощрять его и выражать уверенность в том, что пациент в состоянии справиться с задачей синтеза в том темпе, который для него удобен.

Быстрый управляемый синтез. Ван дер Харт с соавт. (Van der Hart, 1993) описали вариант быстрого управляемого синтеза, который состоит из следующих этапов. На этапе подготовки к синтезу, которая проводится с тщательным соблюдением всех требований, описанных выше, терапевт обращается к наблюдающей части личности пациента для того, чтобы получить рассказ о травматическом событии. Этот рассказ, как правило, представляет собой перечень событий и фактов, лишенный какой-либо аффективной окраски и с явными признаками деперсонализации; в нем содержатся патогенные ядра. Далее повествование о психотравмирующем событии делят на несколько сегментов, количество которых соответствует числу патогенных ядер. Каждому сегменту присваивается определенный номер (например, от 1 до 5 или от 1 до 10). После этого пациент и терапевт приступают к работе синтеза и терапевт дает установку на ее начало («Начали!») и начинает отсчет. Называя цифру, терапевт упоминает соответствующее патогенное ядро в рассказе о травматическом событии, побуждая при этом диссоциативные части обмениваться между собой своими воспоминаниями, которые принадлежат данному сегменту травматического опыта. Когда цикл завершается, терапевт говорит: «Стоп, сделаем паузу» – и предлагает пациенту упражнения и формулы на дыхание и восстановление связи с настоящим. После нескольких прохождений цикла терапевт может поинтересоваться у пациента, какой объем травматических воспоминаний стал общим достоянием всех частей. Если между диссоциативными частями не происходит передачи и распределения центральных элемен-

тов травматического опыта, в том числе патогенных ядер, то с пациентом обсуждают возможность повторения цикла на данной сессии или продолжения этой части работы на следующей.

Дробный управляемый синтез. Другой способ, гораздо более осторожный и постепенный, получил название *дробного управляемого синтеза.* При таком способе синтез одного травматического воспоминания или серии воспоминаний делится на множество еще более мелких шагов и требует нескольких, иногда многих сессий (Fine, 1993; Huber, 2003; Kluft, 1988, 1994a, 1999; Sachs & Peterson, 1996; Van der Hart et al., 1993). Такой подход показан в ситуации, когда психическая эффективность пациента весьма ограничена, а терапевтический процесс диктует необходимость синтеза определенных травматических воспоминаний (Kluft, 1989). Число вариантов процедуры дробного синтеза бесконечно (см. случай Фриды, описанный в конце главы).

Сессия управляемого синтеза может ограничиваться только сенсомоторными аспектами травматического опыта (Ogden & Minton, 2000; Ogden et al., 2006). В других случаях работа может быть фокусирована на страхе, боли, гневе или же на распределении между диссоциативными частями переживаний только одной АЛ или травматического опыта, относящегося к конкретному временному интервалу. Структурируя синтез, терапевт может сократить счет, например, отсчитывать до 5 вместо 10, предлагая пациенту после каждого счета сделать паузу для отдыха, упражнений на дыхание, проверки контакта с терапевтом. Дробный синтез может также чередоваться с упражнениями релаксации и регуляции психофизического состояния (Kluft, 1989; Van der Hart & Spiegel, 1993), то есть проходит в модальности систематической десенсибилизации. Наконец, в дополнение к дробному синтезу терапевт может использовать формулы, задающие установку на очень медленное и постепенное распределение аффекта между диссоциативными частями (Kluft, 1989). Например, терапевт советовал Мэри, чтобы проработка всеми частями ее личности аффективного переживания, связанного с травматическим событием, осуществлялась малыми порциями, объем которых не превышал бы условных пяти процентов от общего объема аффекта, пережитого при травме. В работе со Сьюзан, которой нравилось готовить, терапевт предложил пациентке вспоминать столько, сколько это необходимо в данный конкретный момент времени: не больше, не меньше. При этом терапевт использовал следующую метафору: в тесто добавляют определенное количество дрожжей – ровно столько, чтобы тесто поднялось. Для Карла, специалиста по компьютерной технике, совет терапевта был сформулирован с привлечением специальных терминов из соответствующей области: было бы целесообразно, если бы Карл перерабатывал свой травматический опыт, связанный с участием в боевых действиях, отдельными небольшими порциями – не более 10 байтов за раз. В упомянутых выше примерах пациенты могли сами определять тот объем аффекта (или ощущения и пр.) для работы синтеза, с которым они мо-

гут справиться при поддержке терапевта. Для «титрования» синтеза вполне пригоден метод ДПДГ, в котором применяется Шкала субъективной оценки уровня дискомфорта (например: Gelinas, 2003; Twombly, 2000, 2005). Однако применение ДПДГ в работе с пациентами, страдающими от последствий хронической психической травмы, сопряжено с риском слишком быстрой и сильной реактивации травматических воспоминаний, поэтому в рамках подхода, который описан в данной книге, этот вид терапии должен применяться очень аккуратно и осторожно.

Управляемый синтез убеждений, связанных с патогенными ядрами. Завершающим этапом синтеза является совместная проработка всеми диссоциативными частями замещающих убеждений пациента о насильнике и о травматическом опыте. В этих убеждениях часто сочетаются идеализация взрослого/насильника и обесценивание себя (например: «Мой папа любил меня, он никогда не сделал бы мне больно. Это я соблазнила его, это моя вина»; «Я был плохим ребенком, я заслужил это»; «Я был таким глупым, таким бестолковым»). Защищающие и имитирующие насильника АЛ используют в своих атаках на детские части и ВНЛ эти деструктивные послания. Замещающие убеждения служат сохранению *не-реализации* травматического опыта, с которым связано их формирование (Janet, 1945).

Работа с этими убеждениями состоит из нескольких шагов. Во-первых, замещающие убеждения должны быть идентифицированы. Во-вторых, необходимо изучить те диссоциативные части, которым принадлежат эти убеждения. В-третьих, терапевт осуществляет постепенную конфронтацию пациента с этими убеждениями. Это означает, что терапевт не пытается сразу и напрямую опровергать то или иное убеждение (например: «Нет, вы не были плохим ребенком!»), но осторожно интересуется, как пациент пришел к такому выводу (например: «Что именно заставило вас прийти к выводу, что вы были плохим ребенком?»). В-четвертых, терапевт помогает диссоциативным частям исследовать чувства, связанные с этими убеждениями (например, «Могли бы вы рассказать, что вы чувствуете в связи с мыслью, что вы были плохим ребенком, и вся вина за то, что произошло, лежит на вас?»). Таким образом, терапевт, в первую очередь, стремится к эмпатическому пониманию всего, что связано с дезадаптивным убеждением. Наконец, терапевт помогает пациенту сформулировать убеждения, которые являются более адаптивными, найти объективные факты в настоящем, противоречащие замещающим убеждениям. Терапевт также побуждает диссоциативные части оказывать друг другу поддержку в осознании искажений или ложности замещающих убеждений. Диссоциативным частям можно также предложить поделиться друг с другом позитивным опытом переживания самих себя и связанными с ним представлениями (например, «Я успешна на работе», «Я добрая», «Причина, по которой произошло насилие, не во мне»). Эта часть работы может быть охарактеризована как управляемый синтез позитивных переживаний (например: Twombly, 2000, 2005).

Многие замещающие убеждения находятся вне сферы осознания ВНЛ и коренятся в *утверждениях, входящих в состав патогенных ядер,* травматического опыта. Такими утверждениями могут стать слова человека, совершившего насилие, которые он адресовал своей жертве («Ты шлюха, тебе же это нравится»; «Если ты кому-нибудь расскажешь об этом, я убью тебя») или мысли пациента, возникшие во время травматизации («Я сейчас умру»; «Это никогда не закончится»; «Я не могу этого вынести»). Такие слова и собственные мысли пациента становятся утверждениями патогенных ядер в силу действия механизма внушения или самовнушения во время переживания травматического события. Как правило, эти утверждения не поддаются интервенциям когнитивной терапии, если этот метод применяется изолированно. Формирование убеждений патогенных ядер при присвоении этим утверждениям статуса «истинное», так сказать, по умолчанию происходит в моменты, когда диссоциативная часть находится в состоянии очень сильного физиологического возбуждения, а поле ее сознания крайне сужено, что делает практически невозможной проверку их истинности. Влияние, которое утверждения патогенных ядер оказывают на жизнь пациента, может быть преодолено через их синтез, охватывающий также аффективные и сенсомоторные элементы травматического опыта (например, «Он не узнает, если я все расскажу», «Я не хотела, чтобы меня насиловали», «Все уже закончилось»).

Леони, пациентка с РДИ, в 15 лет подверглась сексуальному насилию со стороны своего отца. Совершив насилие, отец зарезал ее кролика и, приставив нож к ее горлу, угрожал сделать то же самое и с ней, если она посмеет кому-нибудь рассказать о том, что произошло. Когда АЛ Леони, которая владела исполнительным контролем и непосредственно переживала ситуацию угрозы, рассказывала об этом психотравмирующем событии, она становилась чрезвычайно тревожной, и ей одолевали суицидальные импульсы. Между тем ВНЛ Леони понимала, что сейчас, спустя много лет после этих событий, отец уже никак не может узнать, рассказала она или нет о том, что тогда произошло, не говоря уже о том, чтобы осуществить свои угрозы. Однако АЛ Леони присвоила воспоминаниям об угрозах убийством со стороны отца настолько высокий статус реальности, что одних только когнитивных интервенций было недостаточно для коррекции ее эмоциональной реакции. Потребовался синтез травматических воспоминаний и *реализация* АЛ себя как взрослого человека, живущего в настоящем.

Управляемый синтез доминирующего травматического аффекта. Стратегия и техники управляемого синтеза могут быть также использованы в отношении генерализованных негативных аффектов (которые часто связаны с утверждениями патогенных ядер), таких как острое чувство одиночества, никчемности или суицидальные чувства. Управляемый синтез в данном случае заключается в том, что общий объем аффекта распределяется внутри личностной системы пациента «долями», которые соответствуют психическому

уровню той или иной диссоциативной части личности. Иногда также и замещающие действия, связанные с этими аффектами, например суицидальное поведение, могут прорабатываться в терапии схожим образом.

Управляемый синтез связанного с травмой защитного поведения полного подчинения. Часть травматических воспоминаний может принадлежать АЛ, которые в психотравмирующей ситуации прибегали к защитному поведению полного подчинения. Этот тип поведения часто встречается в животном мире («притвориться мертвым») и связан с активацией дорсального отдела блуждающего нерва (Porges, 2001, 2003; Nijenhuis & Den Boer, 2007). Такие части чрезвычайно пассивны, безвольны, их поведение в ситуации межличностного контакта с другим человеком можно сравнить с восковой податливостью. Проработка травматических воспоминаний, которые содержат элементы поведенческих реакций полного подчинения и покорности крайне трудна. То же самое можно сказать и про воспоминания о насилии, когда сопротивление жертвы было блокировано при помощи алкоголя или наркотиков. Синтез травматических воспоминаний требует активного напряженного психического действия, которое по определению невозможно при активации этих состояний, а одних только ободряющих слов терапевта оказывается явно недостаточно.

У Элси, пациентки с НДР, вдруг пропадали все мысли, ей овладевала необыкновенная сонливость и скованность движений каждый раз, когда управляемый синтез затрагивал определенную область травматического воспоминания. Когда это происходило, все усилия терапевта, направленные на восстановление связи пациентки с настоящим были тщетными. Терапевт полагал, что данное состояние является воспроизведением реакции абсолютной покорности, которая появилась у Элси в тот момент травматического события, когда переживание стало невыносимым. АЛ Элси, которая впервые появилась во время этой реакции и, по сути, стала ее носителем, не получила дальнейшего развития. Для обозначения этой АЛ, которую ВНЛ Элси воспринимала как «не я», была лишь одна характеристика: «маленькая безвольная девочка, рохля». После того как такое состояние вновь повторилось во время одного из циклов управляемого синтеза, ВНЛ пациентки смогла сообщить терапевту, что эта «маленькая девочка» думает, что она мертва, что ее бросили одну, никто не пришел ей на помощь и она явно не отдает себе отчет в том, что травматическое событие давно уже закончилось. Эта информация позволила предположить, что с данной АЛ связаны два патогенных ядра, в которых действуют злокачественные формулы внушения: «Я мертва» и «Никто не придет мне на помощь». Терапевт обратилась к пациентке с вопросом, может ли ее ВНЛ, взяв в союзники часть, представляющую «внутреннюю мудрость», здравый смысл всей личностной системы пациентки, перенести «маленькую девочку» в настоящее. Пациентка ответила, что это невозможно, но ее ВНЛ

может приблизиться к «маленькой девочке». Терапевт спросила разрешения сопровождать ВНЛ Элси на этом пути, и пациентка ответила утвердительно. Так терапевт, ВНЛ пациентки и ее «внутренняя мудрость» начали коммуникацию с «маленькой девочкой», используя метафору пути, пространственного приближения к этой части. Когда встреча состоялась, ВНЛ сообщила этой АЛ, что страшное осталось в прошлом, что травматическое событие завершилось, что теперь она взрослая и находится в безопасности: «Даже если ты не можешь пока еще всего этого понять и принять, пожалуйста, просто поверь мне на слово. Мы сейчас здесь для того, чтобы помочь тебе». Маленькая девочка никак не ответила на это. Терапевт высказала предположение, что маленькую девочку тщательно опекают и помогают ей выживать «борющееся Я» (подсистема борьбы), которое было активно во время травматического события, и «врачующее Я» (подсистема восстановления), которая стала активной после психотравмирующего события, и что обе эти подсистемы, опосредующие активность «маленькой девочки», сохраняют свою действенность и в настоящее время. Тогда у ВНЛ возник образ того, как «маленькой девочке» передается дыхание жизни. ВНЛ разыграла это воображаемое действие, за которым последовало «пробуждение» АЛ. Очнувшись от «сна», «маленькая девочка» обнаружила себя в окружении «людей», которые заботились о ней, могли ей помочь и поддержать ее активные действия и усилия, направленные на исцеление. Прежде всего, после пробуждения «маленькую девочку» попросили прислушаться к собственному дыханию и ритму сердечных сокращений, потом сделать небольшое движение, например, моргнуть глазами. После этого благодаря общим усилиям она смогла установить контакт с окружением и ориентироваться в настоящем. Она осознала, что в данный момент находится в кабинете терапевта. ВНЛ все время подбадривала АЛ, не уставая повторять, что теперь она в безопасности и о ней позаботятся. После этой сессии, полностью посвященной работе синтеза, у пациентки прекратились состояния «отключения» во время сеансов терапии, она также почувствовала приток физической и психической энергии в повседневной жизни.

Однако могут понадобиться более прямые интервенции, если при активации травматических воспоминаний, относящихся к насилию, когда жертва находилась под воздействием седативных средств, наркотиков и/или больших доз алкоголя, доминируют состояния гиповозбуждения. Так, перед началом интервенции терапевт спрашивает у пациента разрешение на физический контакт. Затем терапевт устанавливает систему знаков для поддержания коммуникации, в которой, например, определенное движение указательным пальцем будет означать согласие пациента на то, что терапевт может дотронуться до руки пациента. Если согласие получено, то терапевт берет пациента за руку и делает мягкие сдавливающие движения. Терапевт просит все части личности пациента участвовать в этом действии, разделить между собой эти

ощущения и сделать ответное движение рукой, в котором приняли бы участие все диссоциативные части. В этих интервенциях используется физический контакт, который служит активации системы социального взаимодействия, связанной с вентральным отделом блуждающего нерва (Porges, 2001, 2003; см. главу 9) и способствующей повышению психической эффективности, что постепенно подготавливает почву для проведения синтеза.

Контейнирование (регуляция состояния пациента во время синтеза). Для регуляции уровня физиологического возбуждения пациента во время проведения управляемого синтеза может быть использован образ реостата или шкалы. Например, состоянию дистресса может быть присвоена оценка 3 по 5-балльной шкале. Терапевт вместе с пациентом проверяет уровень возбуждения в течение всего процесса синтеза, отслеживает физические проявления гипер- и гиповозбуждения. Решению задачи регуляции состояния пациента на данном этапе проработки травматических воспоминаний также помогает та часть инструкции, с которой терапевт обращается ко всем частям личности перед началом интервенций синтеза, где отмечается, что пациент не должен вспоминать сразу весь травматический опыт в полном объеме. Кроме того, в работу синтеза следует включать только те «переживания, о которых необходимо знать, которые нуждаются в понимании и требуют проработки в терапии». Другим вариантом этой инструкции может быть: «Вспоминайте только то, что Вы действительно готовы вспомнить». Терапевт и пациент совместными усилиями поддерживают контакт, укрепляя связь диссоциативных частей с настоящим. Этой же цели служит просьба к диссоциативным частям «приносить воспоминания в настоящее, а не погружаться самим в прошлое».

Если после сессии управляемого синтеза все еще остаются области травматического опыта, которые не стали общими для всех диссоциативных частей, то, как правило, сегмент травматических воспоминаний, не затронутый работой синтеза, становится предметом терапевтической работы на ближайших сессиях. При этом необходимо принять меры предосторожности для того, чтобы непроработанные аспекты травматических воспоминаний не дестабилизировали состояние пациента в промежутке между сессиями, что может быть достигнуто при помощи трансовых техник. Например, в этих интервенциях может быть использована метафора и образ банковского сейфа, в который помещают эти воспоминания. Другим вариантом может быть заключение договора между диссоциативными частями, в котором каждая из них обязуется не обращаться к травматическим воспоминаниям и не конфронтировать с ними другие части между сеансами. Прибегая к этим интервенциям, направленным на регулирование темпа и объема конфронтации с травматическими воспоминаниями, терапевт опирается на навыки использования пациентом диссоциации в своем повседневном функционировании для решения терапевтических задач. Чередование сеансов когнитивной переработки с сеансами управляемого синтеза может принести пользу пациенту, так как ему может понадобиться время и поддержка для *реализации* травматических воспоми-

наний. Кроме того, необходимо также помнить, что пациент должен владеть навыками регуляции возбуждения, которые ему понадобятся в перерывах между сеансами.

Управляемая реализация

Если работа синтеза проведена надлежащим образом, то по ее завершении травматические воспоминания утрачивают характер вторгающихся инородных элементов, принадлежащих сенсомоторному уровню организации памяти. Однако для завершение интеграции, помимо синтеза, требуется преобразование травматических воспоминаний в автобиографические нарративы, необходима *реализация,* то есть персонификация и презентификация травматического опыта (см. главу 8). Часто во время или после сессии синтеза пациент восклицает: «Ведь это все происходило *со мной!*», – что свидетельствует о персонификации травматических воспоминаний. Иногда ВНЛ начинает с персонификации АЛ: «Эта маленькая девочка – *я!*». Такие высказывания служат признаком продвижения к *реализации* всей личностной системы.

Однако *реализация* останется незавершенной без презентификации. Терапевт помогает пациенту осознать настоящее, его отличие от прошлого: «Мне больше не надо бояться»; «Мне не нужно беспокоиться, что я кого-нибудь рассержу»; «Теперь ничего плохого не случится из-за того, что у меня есть свои потребности». Так пациент учится новому отношению к настоящему, которое освободилось от прежней власти прошлого, хотя и сохранило с ним связь. Находя смыслы в том, что с ним происходило, пациент обретает чувство связности течения времени, единой реальности, целостного Я, своего переживания, и это меняет его действия в настоящем.

Терапевт обращает внимание на «инсайты *реализации»* пациента и дает положительную обратную связь. Затем он поощряет и поддерживает новые творческие действия пациента в ходе дальнейшей *реализации,* чтобы понимание на рациональном уровне сопровождалось новыми чувствами, восприятиями и поведением (то есть новыми перцептивно-моторными циклами). Так, во время *реализации* одному пациенту пришло понимание: «Меня никто не ударит, если я ошибусь. Я достаточно умен, чтобы у меня все получилось». Благодаря этому он смог начать свой собственный бизнес. Другая пациентка решилась иметь детей, осознав: «Я не моя мать, я не буду причинять вреда своим детям». Еще одна пациентка впервые почувствовала себя спокойно в общении с мужчинами: «Никто больше не причинит мне вреда, теперь я знаю, с кем можно строить надежные и безопасные отношения». Результаты *реализации* начинают оказывать заметное влияние на жизнь пациента при прохождении второй и третьей фазы терапии. Терапевт поощряет новые и более адаптивные рассуждения и действия пациента по мере того, как разворачивается процесс *реализации.* Так как больше нет необходимости избегания травматических воспоминаний, психическая энергия и эффективность пациента возрастают. Глубина флуктуаций сознания, таких как рассеянность, абсорбция, становит-

ся меньше благодаря тому, что пациент приобретает больше возможностей переживать свое присутствие в настоящем. Терапевт наблюдает и поощряет презентификацию пациента в повседневной жизни.

На данном этапе пациент обретает способность сохранять связь со своим переживанием настоящего, когда он говорит о травматическом событии прошлого. После решения задач первой фазы терапии – уменьшения избегания и достижения большего принятия АЛ – ВНЛ направляет свои усилия на то, чтобы включить опыт прошлого в сферу своей субъективности (персонифицировать его), создать рассказ о травматическом событии, не прибегая к диссоциации.

Говоря кратко, пациент должен научиться понимать связь между травматическим событием и другими событиями своей жизни, найти для этого опыта прошлого место в истории своей жизни, которую создает каждый из нас и которая является существенным элементом нашей личности. Любая проблемная ситуация не может быть удовлетворительно разрешена, и ассимиляция будет неполной, если наша деятельность ограничена только поведенческими актами, действиями, направленными вовне, если мы не совершаем ментальных действий, направленных вовнутрь. Для полного разрешения проблемы и завершения ассимиляции необходимы слова, с которыми мы обращаемся к самим себе; повествование, которое объяснит нам и другим людям то, что произошло в прошлом и в итоге займет свое место как одна из глав в истории нашей жизни (Janet, 1919/1925, p. 662).

Вопрос о достоверности восстановленных воспоминаний является предметом напряженных дискуссий в течение ряда лет (Brown et al., 1998; Courtois, 1999; Kluft, 1996b). *Реализация* означает, что пациент должен принять реальность происшедшего с ним. Действительно, некоторые пациенты не в состоянии сформировать четкого представления о том, что с ними произошло, однако это не означает, что в этом случае *реализация* невозможна. У одной пациентки, травматический опыт которой относился к раннему довербальному этапу развития, было много версий того, что с ней произошло, однако она не была уверена в том, что хотя бы один из этих вариантов имеет отношение к реальным событиям ее прошлого. Терапевт тем не менее призвал ее не обращать внимания на вопрос достоверности этих историй и пользоваться ими просто как средством, которое поможет достичь желаемых результатов в терапии. В ответ на это пациентка сказала: «Я знаю только, что со мной произошло что-то плохое. Мне было больно, и я была напугана. Я была совершенно раздавлена, и никто мне не помог. Этого достаточно, чтобы понимать, что со мной происходит, и двигаться дальше». Терапевт может так никогда и не узнать, насколько соответствовали реальным событиям те или иные воспоминания пациента, однако вынесение вердикта об объективности и истине не входит в сферу его компетенции (Courtois, 1999). Тем не менее у терапевта может сложиться некое мнение, рефлективное убеждение по поводу того, что он узнает от пациента, и для пациента скорее будет полезно, если тера-

певт поделится этими выводами с ним, а не станет их утаивать (Van der Hart & Nijenhuis, 1999).

Реализации, как правило, сопутствуют интенсивные переживания утраты, поэтому интеграция личности пациента предполагает также и работу горя. Завершение этих интегративных ментальных действий играет главную роль в преодолении структурной диссоциации, тогда как срыв в их исполнении служит закреплению диссоциации. На второй фазе терапевт помогает пациенту пройти через период горевания об утраченном детстве. При этом терапевт должен помнить, что ничто и никто не в состоянии восполнить пациенту эту утрату. По мере того как горевание пациента идет на убыль, терапевт помогает ему раскрыться навстречу новому опыту в настоящем. На третьей фазе чувство горя может вернуться и даже стать еще более глубоким и сильным по мере осознания пациентом, в какой степени его жизнь была исковеркана травматическими событиями, что некоторым его надеждам и мечтам уже не суждено сбыться.

МАРТА: ПРИМЕР УПРАВЛЯЕМОГО СИНТЕЗА

Марте, пациентке с РДИ, 48 лет. Ее случай может служить примером того, как терапия легко переходит от первой фазы ко второй, когда пациент готов к этому. В описании этого случая приведены также примеры использования образов в трансовых техниках. Первая фаза терапии была отмечена укреплением рабочих отношений между терапевтом и пациенткой, а также ростом сотрудничества между диссоциативными частями личности пациентки. Следуя рекомендациям терапевта, диссоциативные части создали образы безопасного места, где они в случае необходимости могли найти убежище, и помещений для встреч, в которых они собирались дважды в день, чтобы планировать предстоящие дела и подводить итоги дня, не касаясь при этом травматических воспоминаний.

Однажды Марта должна была пройти медицинское обследование, которое предполагало довольно неприятные процедуры. Во время одной из этих процедур произошла реактивация травматических воспоминаний Марты о жестоком насилии, жертвой которого она стала когда-то в прошлом, и Марта сбежала из врачебного кабинета, не закончив обследования. Терапевт предложил АЛ Марты представить себе ворота между внутренним и внешним миром. Затем он спросил диссоциативные части, кто из них мог бы присутствовать на медицинской процедуре, назначенной на следующую неделю, обращаясь главным образом к тем диссоциативным частям, которые обладали для этого достаточным психическим уровнем. Когда «состав участников» похода к врачу определился, терапевт предложил остальным частям потренироваться в использовании образа звуконепроницаемых ворот. Они должны были научиться оставаться за этими воротами во время процедуры. Следуя совету терапевта, Марта каждый день посвящала 20 минут работе с этой метафорой. Терапевт

и Марта также определили, что может послужить сигналом, возвещающим о том, что части, скрывшиеся за воротами, могут покинуть убежище и возобновить контакт с внешней реальностью и с другими частями. На следующем после визита к доктору сеансе Марта рассказала, что никогда еще не была так спокойна на медицинских процедурах подобного рода.

Этот корректирующий опыт был использован и при работе с травматическими воспоминаниями Марты. Терапевт объяснил, почему некоторые части могут нуждаться в защите во время проработки травматических воспоминаний, активация которых все еще опасно дестабилизировала функционирование пациентки, а также какие меры предосторожности буду при этом соблюдаться. Три части, хранящие воспоминания об особенно тяжелом травматическом опыте, и две помогающие части встретились во внутренней «звуконепроницаемой комнате» и поделились друг с другом фактами, относящимися к травматическому событию. Дома Марта составила список из четырех наиболее болезненных моментов, *патогенных ядер,* которые она обсудила с терапевтом на следующей сессии. Однако части, которые не обладали достаточной способностью к интеграции, не принимали участия в этом обсуждении.

Объяснив еще раз процедуру управляемого синтеза, терапевт пригласил к участию в ней пять частей личности Марты, вовлеченных во внутренний диалог о пережитой травме, тогда как остальным было предложено оставаться в надежном убежище за внутренними воротами. Терапевт попросил тех, что остались в укрытии, поддерживать с ним контакт и в том случае, если понадобится перерыв, дать сигнал поднятием руки. Затем он зачитал описание первого патогенного ядра и начал отсчет от 1 до 5, с каждым счетом обращаясь к диссоциативным частям с призывом поделиться друг с другом доступными той или иной части аспектами этого опыта, чтобы из разных аспектов переживания они составили «одно целое». На счет «пять» терапевт остановил синтез и попросил Марту проделать дыхательные упражнения, чтобы «все части дышали в унисон». Следующий цикл синтеза начался после того, как Марта почувствовала, что она готова продолжать работу. Терапевт спросил, следует ли ему еще раз прочитать тот же текст или он может перейти к следующему. Так вся процедура направленного синтеза, которую пациентка восприняла как очень интенсивную работу, заняла примерно 15 минут. После завершения синтеза терапевт попросил Марту оценить в процентном отношении объем травматических воспоминаний, которые подверглись проработке и стали общим достоянием тех частей, которые приняли участие в этой процедуре. Ответом было: «Все». После этого терапевт предложил пациентке мягкие трансовые техники, которые помогли ей снять избыточное напряжение и почувствовать себя в норме. ВНЛ Марты и те части, которые были активны во время сессии, были под сильным впечатлением от проделанной работы: ее объема, интенсивности и того, как они с ней справились.

Следующая сессия была посвящена когнитивной интеграции прошлой сессии синтеза и травматическому воспоминанию, для которого, по словам

Марты, все еще требовалось найти «место в системе». Однако Марте потребовалась краткая госпитализация после сеанса синтеза, поскольку переживания, связанные с воспоминанием, оказались слишком тяжелыми. Это оказалось неожиданностью для терапевта. После краткого возвращения на первую фазу, спустя месяц, была проведена еще одна процедура управляемого синтеза, после которой Марте опять понадобилась кратковременная госпитализация. Терапевт был поражен тем, что паттерн повторился, и обратился к пациентке с вопросом, почему каждый раз после успешного синтеза травматические воспоминания у нее происходит столь резкое ухудшение состояния. Тогда одна из АЛ призналась, что участвующие в процедуре синтеза части «соблазнили» остальные части, скрывшиеся за звуконепроницаемыми воротами, «подслушать» то, что происходило на сессии, оправдывая это тем, что так будет лучше для последующей *реализации.* Однако то, что услышали прятавшиеся части, оказалось для них невыносимым, что и приводило каждый раз к госпитализации. Таким образом, от терапевта была скрыта коммуникация, в которой диссоциативные части, участвовавшие в синтезе, передавали знания о травматическом опыте, полученные при процедуре управляемого синтеза, тем частям, которые скрывались в это время за закрытыми «воротами». Эта внутренняя коммуникация имела большое значение для хода терапии и состояния пациента. Данный эпизод также служит иллюстрацией того, как может ошибаться пациент в целом в оценке своего психического уровня, пере- или недооценивая его, если эта оценка основана на субъективном восприятии своего психического уровня наиболее активных частей, принимающих непосредственное участие в терапии. Только время может показать, насколько будут успешны синтез и *реализация* у данного конкретного пациента. К счастью, Марте удалось найти приемлемое решение для того, чтобы продолжить терапию.

После нескольких циклов, когда успешные сессии, посвященные синтезу, сменялись сессиями, на которых пациент и терапевт вновь возвращались к задачам первой фазы терапии, пациентка сделала в своем дневнике запись, отметив, что она научилась регулировать свои собственные переживания:

> Теперь мы* собираемся вместе в звуконепроницаемой «комнате» задолго до сессии синтеза (то есть за одну-две недели) и обсуждаем предстоящую работу с теми частями, которые хотят поделиться травматическими воспоминаниями. Потом мы создаем полупроницаемую перегородку («мембрану») между собой и теми частями, которые не собираются принимать участие в синтезе. Так, мало-помалу, капля за каплей, подобно осмосу, знание о проработанном травматическом опыте распространяется по всей системе, доходит и до тех, других частей, у которых теперь появилась лучшая возможность получать и усваивать эти знания. Так как мы не предлагаем им выпить сразу полную чашу горькой правды, то все протекает

---

* Диссоциативные части личности Марты. – *Прим. пер.*

более или менее спокойно и у нас больше нет необходимости для новых обращений в кризисный центр.

Продолжение проработки травматических воспоминаний стало возможным благодаря тому, что пациентка нашла свой темп в этом процессе, что позволило ей избежать повтора кризисных состояний, сохраняя внутреннее равновесие тех частей ее личности, которые обладали ограниченным психическим уровнем и для которых потребовались более медленные синтез и *реализация* травматического опыта. Впоследствии Марта отмечала, что сессии, посвященные управляемому синтезу, все меньше и меньше отличались от «обычных» сессий. Пациентке удалось совершить прорыв в решении сложной задачи синтеза и *реализации* травматических воспоминаний благодаря тому, что она смогла регулировать свое внутреннее состояние, после того как она нашла индивидуальные формы и темп проработки травматических воспоминаний. Чередование интервенций второй и первой фазы пошло ей на пользу и сопровождалось существенным улучшением качества ее жизни.

ФРИДА. СЛУЧАЙ ДРОБНОГО УПРАВЛЯЕМОГО СИНТЕЗА

Фрида (31 год) пережила хроническую травматизацию в детском возрасте и на протяжении 15 лет наблюдалась у психиатра по поводу частых самодеструктивных актов и суицидальных настроений. В итоге ей был поставлен диагноз РДИ. Во время первой фазы терапии выяснилось, что ее суицидальные тенденции связаны с неспособностью регулировать сильные эмоции грусти и гнева, а также с фобией отношений привязанности. Ни одна из ее АЛ не осмеливалась выразить аффект. Эти части боялись, что стоит только рыданиям начаться, и они уже никогда не остановятся, что плач может свести ВНЛ Фриды с ума, что их ждет суровое наказание, если они позволят себе плакать или злиться. Между тем ВНЛ Фриды, которых у нее было несколько, постоянно испытывали вторжение дезорганизующих аффектов и травматических воспоминаний, принадлежащих АЛ, в виде флэш-бэков, что серьезно осложняло повседневную жизнь пациентки. Хотя цели первой фазы лечения – стабилизация состояния, формирование навыков, установление терапевтических отношений – были достигнуты, однако ни одна из частей личности Фриды не смогла создать для себя внутреннюю область, в которой она чувствовала бы себя в безопасности. Фрида перенесла множественную хроническую травматизацию в детстве. Отношения с родителями и теми людьми, которые должны были бы заботиться о ней, были полны насилия и пренебрежения, в подростковом возрасте она подверглась сексуальному и эмоциональному насилию со стороны своего психиатра. Проходя лечение в клинических стационарах, она часто оказывалась подолгу запертой в одиночных изолированных комнатах. Не удивительно, что у диссоциативных частей ее личности просто отсутствовало представление о том, каким может быть безопасное

место. Терапевт предложил частям личности Фриды вспомнить те моменты во время терапевтических сессий, когда чувство опасности, которое сопровождало их постоянно, было не таким сильным, как всегда. С помощью терапевта диссоциативные части постепенно поняли, что им ничего не угрожает в его кабинете, напротив, у них появилось новое чувство, которое, как оказалось, было связано с переживанием безопасности. Постепенно некоторые ВНЛ смогли использовать фантазию о том, что они находятся в кабинете у терапевта для того, чтобы чувствовать себя более уверенно. Затем терапевт предложил АЛ создавать в воображении этот образ для того, чтобы чувствовать себя в безопасности, когда она установила контакт с реальностью. После этого терапевт предложил ВНЛ заимствовать у него этот прием и применять его в их внутреннем общении с АЛ. Он также попросил ВНЛ быть более внимательными к потребностям и сложным эмоциональным состояниям АЛ, отказаться от собственных маневров избегания ВНЛ и стараться понять смысл того, что переживают АЛ. Затем при помощи интервенций дробного синтеза терапевт предпринял попытку остановить непрерывные вторжения флэшбэков в повседневную жизнь ВНЛ, источником которых были некоторые АЛ Фриды. С помощью терапевта ВНЛ научились перерабатывать малыми порциями вторгающиеся со стороны АЛ аффекты, тогда как АЛ овладели навыками выражать свои аффекты постепенно и в небольших объемах. Терапевт предложил ВНЛ, обладавшей самой высокой интегративной способностью, хотя бы несколько секунд побыть вместе с одной из АЛ, доминировавшим аффектом которой была грусть, когда та плакала. Когда Фрида справилась с этим, терапевт отметил ее достижение и радость, которую Фрида испытывала после завершения этого действия, явным признаком которой была улыбка Фриды. Затем он предложил этой ВНЛ остаться рядом с рыдающей АЛ чуть дольше. За этим последовало осторожное продвижение к пониманию когнитивной составляющей этих рыданий, то есть частичное осознание причин грусти АЛ. Успех этих и последующих шагов в терапии сопровождался реакцией триумфа – смехом и шутками ВНЛ Фриды.

Ход терапии характеризовался чередованием интервенций первой и второй фазы. Интервенции второй фазы позволили Фриде постепенно интегрировать травматические воспоминаний. Например, *реализация* травматического опыта, связанного с сексуальным насилием и эмоциональным отвержением со стороны ее психиатра, требовала постепенной работы с отдельными сегментами этих воспоминаний. Так, одна сессия была посвящена ее страху и благоговению перед этим доктором, другая – ужасу, который вызывали его прикосновения, затем – боли, вызванной насильственной пенетрацией, и дальнейшие – смешанным чувствам стыда и гордости, которые вызывали у нее эти отношения. Так, маленькими порциями происходила *реализация* этого травматического воспоминания, пока каждая из диссоциативных частей не смогла создать полный рассказ о своей жизни и больше не испытывала фобии воспоминания об этих психотравмирующих отношениях с психиатром.

В ходе этой работы у диссоциативных частей Фриды появился опыт, который позволил понять, что ее аффекты не угрожают ни жизни пациентки, ни жизни окружающих, что у них есть временные рамки: они имеют начало и конец; что эмоциональные переживания могут встретить сочувствие и поддержку не только извне, от другого человека, но и изнутри. Это понимание послужило усилению чувства надежной привязанности к терапевту, а также возникновению нового чувства уверенности и доверия к себе.

РЕЗЮМЕ

Работа с травматическими воспоминаниями является очень сложной фазой терапии. Для успешного прохождения и завершения второй фазы лечения требуется систематическая и постепенная проработка фобий, связанных с ненадежной привязанностью к насильнику, фобий АЛ в отношении привязанности и утраты привязанности, а также центральной фобии травматических воспоминаний. Основной целью терапии травматических воспоминаний является их интеграция в целостной личности пациента (синтез и *реализация* с ее компонентами персонификации и презентификации). Управляемый синтез заключается в систематическом и постепенном знакомстве всех частей личности с полным объемом травматических воспоминаний. При этом терапевт поощряет отказ диссоциативных частей личности пациента от маневров избегания и других действий, подкрепляющих диссоциацию, так как сохранение этих действий препятствует достижению конечной цели данной фазы. При проведении этой работы необходимо учитывать психический уровень пациента. Быстрый и дробный синтез являются двумя основными типами управляемого синтеза, хотя эта работа может быть проведена самыми разными способами. Этот метод используется не только для проработки отдельных травматических воспоминаний, но и для утверждений, содержащихся в патогенных ядрах, злокачественных постгипнотических внушений, доминирующего травматического аффекта и даже для интеграции позитивных переживаний. Синтез необходим, но недостаточен для полноты интеграции. Требуется также работа *реализации,* включающая персонификацию и презентификацию.

ГЛАВА 17

Третья фаза терапии

Интеграция личности и преодоление фобии нормальной жизни

> Теперь мы переходим к методам лечения, которые претендуют на большее: они направлены не только на использование и сохранение того, чем пациент уже обладал, но и на овладение новыми тенденциями или восстановление тех, которые были им утрачены.
>
> *Пьер Жане* (Janet, 1919/1925, p. 709)

После того как в результате работы, проделанной на второй фазе терапии, пациент смог интегрировать большую часть травматических воспоминаний, организовав их в связный автобиографический рассказ, наступает черед третьей фазы. На этой фазе решается задача максимальной интеграции и в идеале полного преодоления структурной диссоциации личности и формирования (в случае РДИ) унитарной личности. Работа на третьей фазе ориентирована на высшие тенденции, которые позволяют достичь высоких ступеней адаптации. Однако при проработке тем третьей фазы, как правило, время от времени может возникать необходимость возвращения к задачам и, соответственно, интервенциям второй фазы.

В литературе, посвященной психотерапии последствий психической травмы, редко встречаются подробные описания третьей фазы терапии. Основное внимание в публикациях уделяется первой и второй фазам, так как их прохождение требует от терапевта и пациента обладания довольно сложными навыками (см.: Brown et al., 1999; Kluft, 1993b, c). Определенную роль в этом также играет довольно распространенный миф о достаточности интеграции травматических переживаний для преодоления всех последствий психической травмы. На самом деле на долю третьей фазы могут приходиться самые трудные участки терапевтической работы (Van der Hart et al., 1993). На этой фазе пациент вовлечен в работу горя, которая сопровождается весьма болезненными переживаниями, а также отказывается от привычных замещающих убеждений и представлений о себе, окружающем мире и других людях.

На завершающей фазе пациент также начинает использовать новые ментальные и поведенческие действия для решения задач адаптации. Эти действия требуют способности поддерживать психическую эффективность на высоком уровне, особенно пока они еще не вполне освоены и не стали привычными. Следует поощрять пациента к ежедневно практиковать те действия, благодаря которым происходит повышение уровня персонификации и презентификации, что влечет за собой расширение поля сознания и возрастание его уровня. Особенно же следует поощрять тенденции, принадлежащие высшим ступеням иерархии, которые связаны с систематическим исследованием и опробованием новых путей решения жизненных ситуаций, а также те, благодаря которым возможно повышение качества жизни и обретение смыслов.

СЛИЯНИЕ ДИССОЦИАТИВНЫХ ЧАСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Иногда слияние некоторых диссоциативных частей требует минимального участия терапевта. Марта, пациентка с РДИ, диссоциативные части личности которой обладали сложной историей и характерами, после многих лет напряженного сопротивления слиянию как-то отметила с некоторым даже удовольствием, что «когда интеграция [частей] начата и продолжается, то ее уже не остановить». Диссоциативные части личности одного типа, опосредованные одной и той же системой действий, объединяются друг с другом проще, чем те части, активность которых опосредована разными системами действий. Так, слияние нескольких ВНЛ встретит меньше препятствий, чем слияние ВНЛ и АЛ. Активность ВНЛ главным образом связана с системами повседневного функционирования, действия которых направлены на *приближение* к ситуации, которая субъективно воспринимается как интересная, привлекательная, тогда как активность АЛ в значительной мере опосредована (под)системами физической защиты, действия которых направлены на *избегание,* удаление от кажущейся или реальной внешней угрозы. Кроме того, слияние наиболее сложно организованных и независимых частей личности, как правило, требует гораздо большего времени, чем слияние простых и менее самостоятельных частей. В более сложных случаях вторичной диссоциации личности и РДИ (третичной диссоциации личности) слияние диссоциативных частей является более длительным процессом. Терапевт при этом чаще применяет интервенции, направленные на преодоление взаимной изоляции диссоциативных частей и налаживание взаимодействия между ними. Это происходит по мере того, как диссоциативные части преодолевают разнообразные фобии: в отношении друг друга, травматических воспоминаний и вызванных травмой действий.

На третьей фазе у некоторых пациентов диссоциативные части их личности демонстрируют *фобию слияния,* так как формирование и сохранение самостоятельности и индивидуальности некоторых диссоциативных частей потребовало значительных внутренних инвестиций. Фобия слияния, по су-

ти, является особым аспектом фобии других диссоциативных частей. Некоторые «независимые» диссоциативные части играют во внутреннем мире этих пациентов роль важных и могущественных переходных объектов, поэтому их утрата может вызвать весьма тяжелые переживания одиночества, внутренней пустоты, сопровождаться жалобами на то, что внутри «стало слишком тихо», на тоску по «компании» других частей (Somer & Nave, 2001). Например, АЛ Дэбби, пациентки со сложным ПТСР, боялась «потерять себя», а ВНЛ Марты испытывала сильнейший страх перед терапевтом, «убивающим мой внутренний народ». В случае сопротивления, мотивированного страхом слияния, терапевт помогает пациенту (или его диссоциативным частям) выразить тревогу и беспокойство, связанные с идеей утраты, и напоминает пациенту о тех позитивных изменениях, которые происходили после предыдущих частных слияний некоторых частей его личности. Попытка слияния наверняка будет неудачной, если она будет вынужденной, так как у пациента не будет ни необходимой мотивации, ни достаточного психического уровня. К тому же давление со стороны терапевта, понуждающего пациента к внутреннему слиянию между диссоциативными частями, может только усилить страх утрат, которые, как полагает пациент, повлечет за собой слияние. Как правило, навыки, которыми обладали отдельные части личности пациента, и после слияния остаются с пациентом. При этом пациент находит новые и более эффективные способы их применения для решения задач адаптации. Такое повышение эффективности отчасти является результатом интеграции различных систем действий, которая сопровождает слияние диссоциативных частей.

> ВНЛ Мартина могла сохранять высокую концентрацию и эффективно работать, так как успешно избегала других диссоциативных частей и связанного с ними психического содержания. Избегая этих частей, ВНЛ Мартина не вступала с ними в конфликт, а также ничего не знала об их ощущениях, чувствах и потребностях. Когда начался процесс слияния, ВНЛ Мартина стала осознавать все эти интероцептивные стимулы, что стало мешать исключительной сосредоточенности на работе. У Мартина появились проблемы с концентрацией. На первых порах функционирования в качестве интегрированной унитарной личности Мартин утратил способность полностью избегать и игнорировать интероцептивные стимулы, с головой погружаться в свою работу. Эти изменения он переживал как утрату до тех пор, пока постепенно не научился выстраивать более адаптивный баланс между своими потребностями, которые стали персонифицированными благодаря слиянию, и требованиями, которые предъявляла его работа.

Нежелание некоторых пациентов приступать к процессу полного слияния (консолидации) может быть настолько сильным, что это может даже привести к прерыванию терапии. Часто это связано с фобией переживаний наиболее травматических ситуации или некоторых обстоятельств жизни и, соответственно, *реализации* (с полной презентификацией и персонификацией) своей

заброшенности и невыносимого одиночества, отсутствия внимания и любви родителей. *Реализация* таких переживаний требует высокого психического уровня, вместе с тем она необходима для преодоления фобии близких отношений, изменения всего образа жизни от «выживания» к полноценному «проживанию» своей жизни. Оказание помощи пациенту в преодолении этого последнего барьера требует от терапевта особого терпения, чуткости и внимания к тому, что происходит с пациентом. Поэтому к решению пациента воздержаться от этой сложной задачи полной интеграции следует отнестись с уважением, сохраняя открытой возможность возвращения к этому вопросу. Очень важным в данном случае является верный выбор времени для начала работы слияния.

Существует несколько разновидностей процедуры слияния. Во-первых, формальный вариант, с применением запланированных заранее ритуалов слияния, для проведения которых могут быть использованы (но не обязательно) гипнотические техники. Другим вариантом является поощрение временного смешения диссоциативных частей (например: Kluft, 1993c). Уменьшение фобии слияния происходит благодаря росту эмпатии и сотрудничества между частями личности, по мере того как пациент постепенно преодолевает фобию диссоциативных частей. Терапевт может предложить диссоциативным частям в качестве эксперимента пробное слияние на краткий период, ограниченный сначала временем сеанса (Fine & Comstock, 1989), а затем систематически упражняться в этом действии в повседневной жизни. Например, в качестве задания их можно попросить «пережить всем вместе» некоторое чувство или «продумать вместе» какую-нибудь мысль или «вместе совершить» какое-либо действие.

Некоторые пациенты предпочитают формализованные ритуалы для завершения слияния диссоциативных частей или нуждаются в них. Здесь могут пригодиться метафоры слияния, особенно те, которые предлагает сам пациент. Терапевт предлагает пациенту самому найти свой собственный уникальный способ «стать единым целым». Чаще всего при интервенциях, направленных на слияние частей, пользуются следующими метафорами: «держаться за руки», «взаимное проникновение», «пребывание вместе в кругу», «вхождение вместе в целительный белый свет и объединение в единое целое». Терапевт должен убедиться в том, что между частями не действуют силы отталкивания, которые могли бы помешать слиянию. Для этого терапевт может, например, спросить пациента, есть ли еще причины, по которым частям *не следует* быть вместе.

Со стороны терапевта необходима постоянная поддержка интегративных усилий пациента, так как они могут оказаться под угрозой срыва из-за внешних жизненных кризисов или активации травматических воспоминаний, которые прежде оставались вне осознания пациента. В самом деле на третьей фазе достаточно часто появляются «новые» травматические воспоминания, а также части личности, о которых ничего не было известно прежде. Последнее особенно характерно для терапии пациентов с третичной диссоциацией

личности (РДИ). Такое возвращение к проработке травматических воспоминаний является обычным для хода терапии сложных случаев травматизации. В некоторых случаях, когда ВНЛ пациента осознает новые воспоминания, возникает необходимость возвращения на первую и вторую фазы. При этом появляются и становятся доступными для корректировки ранее непроработанные замещающие убеждения, например: «Я неспособна поддерживать какие-либо отношения с другими людьми», «В моей жизни не будет уже ничего хорошего», «Секс отвратителен». Пациент стоит перед задачей переоценки и трансформации своих базовых установок и убеждений, относящихся к безопасности, смыслу, одиночеству, причинности и локусу контроля, власти, доверию и близости, автономии и взаимозависимости, а также к чувству будущего и чувству принадлежности (Brown et al., 1999; Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990).

Иногда терапевт преждевременно приходит к выводу о том, что полное слияние всех диссоциативных частей личности пациента успешно завершилось, между тем в терапии еще предстоит проделать некоторую работу. Как правило, «окончательное», на первый взгляд, слияние на поверку оказывается далеко не последним. На основе анализа большого объема клинических данных лечения пациентов с РДИ Клафт (Kluft, 1993c) пришел к выводу, что интеграцию и формирование унитарной личности можно считать окончательно завершенными и стабильными, если в течение, по крайней мере, 27 месяцев отсутствуют признаки активности каких-либо диссоциативных частей личности пациента. При этом он настаивал на том, чтобы в течение длительного периода после завершения интеграции пациент время от времени проходил тщательное обследование.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ФОБИИ НОРМАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Фобии, прорабатываемые на третьей фазе, связаны с задачей обучения навыкам нормальной жизнью, относительно свободной от вторжений травматического опыта. Это предполагает постепенное налаживание нормальной жизни для пациента, привыкшего к хаосу или избеганию большинства из того, что составляет нормальную жизнь. Пожалуй, самое главное, что на этой фазе пациент обучается опираться в своем функционировании на действия, принадлежащие тенденциям более высокого уровня, это требует от него поддержания высокого уровня психической энергии и эффективности.

Преодоление сопротивления нормальной жизни

Вплоть до второй фазы терапии некоторые нейтральные стимулы, связанные с обычной повседневной жизнью, вызывали у пациента обусловленные реакции, реактивируя травматические воспоминания. Это приводило к закреплению избегающего поведения, из-за которого многие аспекты жизни оказались для пациента отгороженными рамками его собственных ограничений.

Нормальная жизнь предполагает адаптацию и интеграцию множества сложных, иногда даже конфликтующих между собой действий. Эта задача может оказаться непосильной и пугающей для пациента, чья жизнь всегда в значительной степени определялась маневрами ограничения, избегания, отрицания и структурной диссоциации.

Предполагается, что на третьей фазе терапии жизнь пациента придет в рамки «нормы». (Мы, конечно, помним о том, насколько широкими и относительными являются представления «норме».) При этом необходимо учитывать то, как сам пациент намерен распорядиться своей жизнью. На этой фазе пациент формулирует новые цели, которые прежде даже не приходили ему в голову, например, построение близких отношений, завершение учебы, поиск лучшей работы. Очень важно определить, насколько сбалансирована жизнь пациента, в каком сочетании находятся такие ее аспекты, как работа, отдых и отношения с другими людьми, а также в какой степени деятельность в этих областях является осмысленной и персонализированной. Другими словами, ожидается, что пациент адаптивно использует свои системы действий при удовлетворении своих желаний и потребностей. Однако, в начале 3-й фазы лечения, как правило, этого не происходит.

> ВНЛ Терри, пациентки со сложным ПТСР, была прекрасной матерью, успешно интегрировавшей несколько детских АЛ. Однако ни ВНЛ, ни АЛ Терри не имели достаточно опыта действий в рамках исследовательской и игровой систем (хотя ВНЛ Терри очень умело поддерживала игровую и исследовательскую активность детей, что было одним из аспектов функции заботы о детях, которую она исполняла). В ее жизни недоставало места отдыху, юмору и игрового элемента в отношениях. Благодаря знакомству с некоторыми фактами из психологии и ведению дневников в рамках терапевтических интервенций, системы игры и исследования ВНЛ Терри постепенно активировались (Van der Hart et al., 1989). Этому также помогало наблюдение за другими людьми и постепенное развитие дружеских отношений с теми, кто был более опытным в этих сферах. Свой вклад также вносила дополнительная проработка «новых» замещающих убеждений и травматических воспоминаний.

Пациент оказывается перед необходимостью научиться справляться с рутиной и некоторой монотонностью жизни, которая перестала быть хаотичной, а потому – будоражащей и возбуждающей. Поначалу пациент может ошибочно принимать внутреннее состояние спокойствия и умиротворения за проявления гиповозбужения и оцепенение. Это может стать причиной нежелания вести более размеренную и стабильную жизнь. Пациенту также предстоит осознать разницу между заинтересованностью и одержимостью (например, в отношении своей работы), жизнью, зажатой в узких и жестких границах, и адаптивной стабильностью; ригидностью и следованием распорядку при здоровом функционировании. Новый образ жизни, который Анжела, пациентка с РДИ,

обрела во время прохождения третьей фазы терапии, вызывал у нее двоякие чувства: она испытывала удовольствие и в то же время противилась ему.

> Этим утром я пошла на рынок и подумала, что работа, дружеское общение с другими людьми, которые мне дороги, увлечения, которым я могу посвятить свое время в выходные дни, – все это становится нормой моей жизни. Мне пришла в голову мысль, что я стала обладательницей «нового» будущего, и я надеюсь, что это надолго. «Новое будущее» означает для меня не только выживание или возможность сбежать на краткое время от тягот и страданий, но и просто жить здесь и сейчас, оставаясь в настоящем. Сейчас я могу кое-что предпринять для воплощения своих желаний. Я могу что-то менять в жизни, если мне хочется. Теперь, когда у меня появилось чувство будущего, перспективы, я могу позаботиться о том, как протекает моя жизнь, менять в ней некоторые вещи в соответствии со своими намерениями и планами. Все это является новым для меня. И все же… я не знаю, как к этому отнестись. Это меня волнует меня и вызывает много разных эмоций: это так ново и необычно и вызывает замешательство, потому что я не привыкла ко всему этому. Все начинается складываться, и я становлюсь собой. Меня до слез волнует то, что я наконец-то здесь.

Адаптивное горевание

Начало перемен в жизни пациента знаменуются новыми достижениями и позитивными переживаниями, которые приносят с собой радость и воодушевление. Однако наряду с этим наступает время горевания об утраченных возможностях из-за того, что в прошлом он не мог вести нормальную жизнь. *Реализацию достижений и утраченных возможностей сопровождает одновременное переживание радости достижений и печали о том, что их пришлось ждать так долго.* За каждым новым достижением следует переживание горя, вызванное *реализацией* утрат, причиной которых стали бедствия и превратности психической травмы и ее последствий. При этом пациент постепенно утверждается в понимании того, что и обычная жизнь иногда связана с утратами, болью, разочарованиями и другими тяжелыми переживаниями, что она далека от идеала той розовой мечты, которую он лелеял.

Иногда процесс горевания проходит через период ярости и гнева, когда пациент еще не готов к принятию утрат, но думает об отмщении и поглощен мыслями о несправедливостях, выпавших на его долю. Пациенту требуется время и усилия для того, чтобы смириться с тем, что в жизни есть место несправедливости. Однако для успешной работы в терапии с этими темами одного лишь отреагирования эмоции гнева будет недостаточно. Терапевт должен поддержать адаптивное горевание, помочь пациенту найти способы переработки гнева и обиды. Иногда для этого может понадобиться, чтобы пациент простил тех, кто ответственен за боль и несправедливость, выпавшие на его долю. Однако это не является обязательным в каждом случае. Порой бывает

достаточно ясного понимания, что прошлое нельзя изменить для того, чтобы психическая энергия пациента устремилась к настоящему и адаптивному планированию будущего. Другими словами, так или иначе, пациенту постепенно становится доступна во все большем объеме центральная и расширенная презентификация.

Процесс адаптивного горевания сопровождается более полным и четким осознанием настоящего, развитием навыков самостоятельной регуляции болезненных аффектов, способности получать поддержку и утешение от других людей, а также удовлетворенностью новыми жизненными достижениями и отношениями с другими людьми. Для пациента есть только один путь прохождения данного этапа терапии: через признание реальности утрат, переживание боли, горя, гнева и разочарования к овладению навыками жизни после утрат, освобождению эмоциональной энергии и направлению ее на действия в реальности настоящего (Worden, 2001). Однако это легче сказать, чем сделать. Работа горя очень тяжела; она требует мужества, поддержания психической эффективности на устойчиво высоком уровне, а также колоссальных продолжительных инвестиций психической энергии. Временами переживания, связанные с работой горя, становятся невыносимыми. В них появляется соматический компонент, что в совокупности может иметь сходство с переживаниями травмы: тревогой, гневом, беспокойством, ужасом, напряжением, отчаянием, одиночеством, чувствами вины и стыда. Как отметил К.С. Льюис, описавший в одном из своих эссе то, как он переживал горе после смерти жены: «Никто никогда не говорил мне, что горе так похоже на страх» (Lewis, 1961, p. 7). Чувства, сопровождающие работу горя, могут приобрести статус условных стимулов, которые пациент так долго старался избегать. Такая динамика возникает за счет того, что чувства при работе горя порой очень похожи на те, которые пациент испытывал во время травматизации. Это создает дополнительные препятствия для начала процесса горевания. Изживание горя требует довольно продолжительного времени. Терапевту, которого вдруг охватит нетерпение на этой фазе терапии из-за очень медленного темпа продвижения работы, следует помнить, что горе является «не состоянием, а процессом, и здесь требуется не столько план, сколько история» (Lewis, 1961, p. 47).

Терапевт будет более эффективен в оказании пациенту существенной помощи в совершении работы горя, если сохранит эмпатическую связь с пациентом, сопереживая ему в его страданиях в процессе горевания (и последующего исцеления). Благодаря такой поддержке со стороны терапевта пациент сможет оставаться в настоящем, воссоздавая, таким образом, эмпатическую связь со своим Я, другими людьми, внешним миром, которая была разорвана или не сформирована в результате травматизации (Herman, 1992b; Laub & Auerhahn, 1989; Van der Hart et al., 1993; Van der Hart & Nijenhuis, 1999). Терапевт также исследует сопротивление пациента работе горя и связанные с ним ядерные убеждения: «Я не смогу вынести такую печаль», «У меня столько потерь, что я никогда с этим не справлюсь», «Жизнь не стоит того, чтобы жить». За-

тем терапевт помогает пациенту через постепенную проработку интегрировать печаль и утраты, побуждая пациента при этом к преодолению отчуждения этих чувств (персонификация) и к адаптивным действиям в отношении последствий утрат прошлого для настоящего (презентификацию). На данном этапе довольно эффективными может стать исполнение ритуалов прощания, в которых пациент символически отпускает прошлые утраты (Van der Hart, 1988a, 1998b). Постепенно пациент приходит к пониманию того, что «утраты являются неизбежным аспектом травматического опыта, а для обретения способности ассимилировать приливы и отливы работы горя без утраты самообладания может понадобиться, в конченом счете, вся жизнь» (Van der Hart et al., 1993, p. 173).

Довольно часто на третьей фазе терапии появляются прежде остававшиеся неизвестными диссоциативные части. Активность «новых» частей, как правило, опосредована (под)системами действий, которые оставались неинтегрированными и все еще не вполне сформированными (например, сексуальной системой). Эти части, как и ассоциированные с ними (под)системы действий, также нуждаются в интеграции (и дальнейшем развитии) благодаря взаимному принятию и полноценному взаимодействию. С прохождением этих частей через слияние завершается процесс интеграции унитарной личности. Лучшим средством преодоления фобии нормальной жизни является постепенная проба своих сил в новых ситуациях, что помогает найти новые пути адаптации, овладеть новыми навыками. Однако на пути приобретения нового опыта пациент может столкнуться с еще одной преградой внутреннего характера – фобией разумного риска и перемен.

Преодоление фобии разумного риска и перемен

Адаптация к меняющимся обстоятельствам жизни невозможна без разумного риска и необходимых изменений. Однако довольно часто пациенты испытывают страх перед любыми переменами, предпочитая монотонную и бедную событиями жизнь, что, впрочем, не мешает ей порой становиться хаотичной, ведь хаос – это то, в чем они пребывали с самых ранних лет. Жане (Janet, 1903, 1909a) отмечал, что фобия, связанная с адаптацией к новым ситуациям, является одним из первых признаков, сигнализирующих о снижении психического уровня. В наиболее тяжелых случаях эта фобия проявляется в том, что любые внутренние и внешние перемены вызывают интенсивное избегание и сильный страх. Естественно, что человек всегда будет испытывать определенную тревогу и некоторый дистресс, когда он идет на определенные риски ради роста и развития в тех или иных областях жизни, предпринимает реальные шаги по пути развития своей индивидуальности, овладевает тенденциями высших уровней (Firestone & Catlett, 1999). Поэтому человеку свойственно не инициировать изменения без веских причин и даже сопротивляться переменам и избегать их (Caissy, 1998). Однако обычно мы преодолеваем естественный страх перемен и двигаемся вперед. Что же касается людей, страдающих

от последствий травмы, то они обучились избеганию тревоги и неопределенности, которые всегда являются спутниками любых перемен. Для того чтобы предотвратить какие-либо изменения, они привычно прибегают к паттернам торможения и саботажа своих собственных действий. Отчасти их страх перемен связан со страхом оказаться объектом осуждения, насмешек, издевательств и даже угроз за то, что они станут вести себя как-то по-другому, как это часто бывало с ними в детстве.

Основу фобии изменений составляют страх неудачи и страх того, что в результате перемен жизнь станет только хуже. Поэтому люди, пережившие психическую травму, избегают как всякого изменения, так и разумного риска, без которого невозможны целесообразные и результативные перемены. Пациенты проецируют катастрофические переживания прошлого на свои представления о будущем. Они отвергают перемены, так как хотят предотвратить угрозу, которая, по сути, принадлежит их прошлому опыту, но оказалась «имплантированной» в их представления о своем будущем. Обычно любые изменения вызывают у них страх утратить контроль над происходящим. Конечно, многие события в нашей жизни происходят без нашего согласия и часто у нас нет возможности оказывать то влияние на происходящее, какое нам хотелось бы. Все же, имеет значение наше отношение к тем переменам, которые происходят помимо нашей воли: «Не имея возможности контролировать события, я контролирую себя; если я не могу влиять на происходящее, я приспособлюсь к новым обстоятельствам» (De Montaigne, 1993, p. 981). Полнокровная жизнь требует разумного риска, чтобы изменить то, что в наших силах, пусть даже это всего лишь наши психические и поведенческие действия, то есть наши реакции.

Людям, страдающим от последствий психической травмы, крайне трудно принимать продиктованные необходимостью осознанные решения об изменении чего бы то ни было. При принятии таких решений индивиды с унитарной личностью, как правило, осознанно идут на обдуманный риск, основанный на прогнозах и тщательном планировании. Однако во многих, если не во всех, диссоциативных частях личности людей, страдающих от последствий психической травмы, превалирует фобия изменения и разумного риска. Перемены часто означают для них угрозу несчастья или катастрофы и вызывают чувства беспомощности, отчаяния, ярости, стыда, бесцельности и страха, в том числе страха неудачи. В связи с этим, если ситуация настоящего вдруг требует каких-то перемен, то это может вызвать похожие эмоции. Некоторые ВНЛ судорожно цепляются за образы прошлого, в которых есть только светлые радужные краски. Они могут отчаянно сопротивляться становлению более реалистичного отношения к своей жизни и жизненным обстоятельствам. Избирательность воспоминаний, благодаря которой помниться только хорошее, а память о негативных событиях избегается, помогает им упорно держаться за фантазии о том, что их жизнь в прошлом была хорошей или, по крайней мере, не такой уж плохой. Избегание *реализации* фактов прошлого вполне понятно,

однако это становится преградой для *реализации* настоящего (центральной презентификации) и возможного будущего (другой компонент расширенной презентификации). Таким образом, в силу того, что у ВНЛ пациентов отсутствует «реалистичный» взгляд на свое настоящее, прошлое и будущее, вероятность того, что они примут ошибочное решение, очень велика. Когда они оказываются перед лицом жизненных проблем и необходимостью что-то сделать для того, чтобы приспособиться к изменившимся обстоятельствам, это остается за рамками их персонификации, поэтому они в итоге ничего не предпринимают. Впрочем, причиной такой пассивности может быть не только страх, но и недостаток навыков принятия эффективных решений и разумного риска. По сути, главные изменения, которые приводят к изменениям способов нашего реагирования на те или иные обстоятельства, являются изменениями в сфере ментального и лежат в основании всех остальных нормативных изменений. Таким образом, разрешение фобии риска и изменений требует усиления персонификации и презентификации пациента, благодаря которому пациент становится более мотивированным к тому, чтобы исследовать новые возможности в разных сферах деятельности и допускать разумный риск. Любой успех и связанное с ним переживание триумфа будет подкреплять эту мотивацию и стимулировать внутреннюю работу пациента.

На третьей фазе терапии некоторые пациенты вдруг понимают, что они боятся улучшения, поскольку это означает, что в их жизни произойдут перемены, а к переменам у них всегда было негативное отношений. Терапевт должен помнить о возможности такой установки пациента и исследовать вместе с ним вызванные ей сопротивления и ассоциированные с ними замещающие представления. Например, одна пациентка боялась, что если ей станет лучше, то она станет абсолютно независимой и ей никто и никогда не будет больше помогать. Другая пациентка боялась улучшения, потому что это означало расставание с терапевтом, что казалось ей невыносимым. Для третьей пациентки выздоровление означало перестать быть собой. У каждой из этих пациенток были искаженные дисфункциональные представления о том, что означает «измениться в лучшую сторону», «пойти на поправку». Эти представления порождали страдания, чувства утраты и оставленности.

В терапии необходимо уделять должное внимание коррекции замещающих убеждений, касающихся перемен (например, убеждений в том, что перемены опасны, невыносимы, необратимы, связаны с переживаниями беспомощности и некомпетентности). Иногда корни этих убеждений уходят в еще не раскрытые травматические воспоминания, проработка которых требует возвращения к интервенциям второй фазы терапии.

> Для Рэйчел, пациентки со сложным ПТСР, установилась прямая буквальная связь между страхом *любых* перемен и насилием: «*Все* изменилось, когда отец вступил со мной в сексуальные отношения. Поэтому любые перемены напоминают мне о самом ужасном событии в моей жизни. Секс причинил боль, поэтому перемены тоже будут болезненными».

В том случае, если любое изменение пациент воспринимает как угрозу, терапевту следует избегать разговоров о необходимости и неизбежности глобальных перемен в жизни пациента, более разумно было бы поощрять пациента совершать пусть небольшие, но явные изменения, не вызывающие большого беспокойства, и помогать адаптироваться к ним. Постепенно, по мере преодоления фобии, можно будет перейти к изменениям большего масштаба и, наконец, к главным переменам. Так, при помощи терапевта пациент постепенно учится на своем опыте (осуществляет синтез) тому, что вместе с происходящими переменами в жизни появляется что-то хорошее, что риск бывает оправданным. Некоторым пациентам могут пойти на пользу ритуалы перехода, которые служат маркерами свершившихся радикальных перемен (Van der Hart, 1983). Проведение таких ритуалов помогает пациенту в презентификации и персонификации изменений, связанных с новой фазой жизненного цикла.

Преодоление фобии близких отношений

Наверное, преодоление фобии близких отношений можно было бы назвать завершающим аккордом успешной терапии. Проработка этой фобии осуществляется постепенно: прежде чем приступать к преодолению фобии физического и сексуального контакта, необходимо разрешение страха эмоциональной близости. Близкие отношения требуют интеграции многих систем действий в поле личного сознания, а также устойчивости процессов персонификации и презентификации, протекающих на самом высоком уровне. Например, наибольшей полноты близкие отношения достигают, когда, помимо привязанности, в них присутствует интерес друг к другу (исследование), игровые отношения (система игры); когда отношения не ограничиваются рамками интимности, а включаются в широкий контекст социальных контактов с другими людьми; когда возможно разумное сочетание заботы о собственном физическом и эмоциональном состоянии (система регуляции энергии) и заботы о другом (система заботы о других).

Близость означает, что в отношениях принимает участие целостное Я. Зрелая близость предполагает преодоление фобий связанных с травмой ментальных действий, привязанности, травматических воспоминаний, разумного риска, перемен и нормальной жизни. Мы чаще всего связываем наши представления о близости со способностью любить, которая составляет один из центральных аспектов человеческого бытия.

Близость может принимать разные формы. Так, мы говорим об эмоциональной, физической (несексуальной) и сексуальной близости. Фобия близости может быть частной и затрагивать какую-то одну форму близости, или принимать глобальный характер и охватывать все эти сферы. У разных пациентов могут встречаться разные проявления этой фобии. Фобия эмоциональной близости в значительной мере прорабатывается в терапевтических отношениях, дающих опыт отношений надежной привязанности, в контексте которых пациент получает возможность глубокого и подлинного

исследования своего внутреннего мира. Однако преодоление фобии близости подразумевает также и осознание того, что способность к близким отношениям не может быть ограничена отношениями только с одним человеком (то есть терапевтом). Полнота этого осознания приходит с опытом переживания близости в ситуациях, параметры которых контролируются не так хорошо, как рамка терапевтических отношений в «реальном» мире, в отношениях с другими людьми.

Для дальнейшей работы очень большое значение имеет анализ относящихся к близости замещающих убеждений и «патогенных ядер». Пациент приглашается к исследованию его представлений о сближении с другим человеком, о сексуальных отношениях и эмоциональной открытости другим людям. Так терапевт получает возможность эмпатического понимания центральных дорефлективных убеждений пациента. Некоторые из этих убеждений связаны с классическим обусловливанием («Я никогда больше не поверю ни одному мужчине») и негативным прогнозом («Любовь – еще один источник боли», «Лучше не говорить никому о своих чувствах, потому что это будет использовано против тебя»). Эти убеждения, формирующиеся непосредственно под влиянием травматического переживания и занимающие центральные позиции в системе убеждений, связанных с травмой, в дальнейшем могут стать основанием для сценариев (другая форма дорефлективных убеждений) избегания условных стимулов: «Никогда и ни с кем у меня не будет близких отношений», «Я никогда больше не расскажу о своих самых интимных переживаниях». До- и нерефлективные убеждения также могут представлять обусловленные негативные оценки, например, «Все телесное, в том числе и секс, отвратительно; я ненавижу свое тело, я презираю секс». Интервенции, направленные на проработку этих дорефлективных убеждений, должны учитывать характер убеждений и механизмы их формирования. Так, ложность убеждений, имеющих прогностический характер и сформировавшихся в результате обусловливания, может быть раскрыта через экспозиционные интервенции, в ходе которых блокируются условные реакции избегания. В терапии пациент получает поддержку и новый опыт отношений с другим человеком, в которых выражение его интимных переживаний не несет для него угрозы. Все это отличается от опыта его прежних отношений, в которых он испытывал оставленность и пренебрежение. Коррекция обусловленного негативного оценивания может быть произведена при помощи интервенций контробусловливания. Например, постепенное самостоятельное знакомство со сферами телесного и, в частности, сексуальных отношений, приносящее позитивный опыт, поможет скорректировать негативные представления пациента об этих аспектах близости.

Разные части личности могут иметь конфликтные, часто дорефлективные убеждения; например, убеждение ВНЛ, которая стремится к установлению близких отношений («Хорошо, когда идешь по жизни с близким человеком!»), и убеждение АЛ, которая никому не доверяет («Никому нельзя доверять»).

В процессе формирования более рефлективных убеждений пациент проходит через фазу амбивалентности, так как прежние противоречивые убеждения и установки становятся все более доступны одновременному осознанию. Одним из вероятных последствий одновременной активации двух разных (под)систем действий*, могут стать сомнения, состояние неопределенности, замешательство (например, «Что лучше – остаться дома и расслабиться одному или пойти развлечься с друзьями?»). Диссоциация предлагала паллиативное решение конфликтов амбивалентности: разные интересы были представлены разными частями. Однако во время и после слияния, по мере того как разворачиваются синтез и *реализация* целей и действий, принадлежащих разным системам, пациент начинает в большей степени осознавать и переживать внутренние конфликты и амбивалентность. Осознание амбивалентности и конфликтов является той ценой, которую необходимо заплатить за усиление интеграции. Полная интеграция разных систем предполагает развитие способности пациента осознавать и переносить амбивалентность и конфликты и по возможности их разрешать.

С помощью терапевта пациент исследует качественные (и количественные) аспекты своих повседневных отношений, так как теперь пациент может интегрировать гораздо больше и способен работать над проблемами в его отношениях, которые прежде он бы не мог разрешить. По мере того как пациент меняется и его эмоциональная жизнь приходит в норму, многие его отношения могут завершиться. Пациент начинает стремиться к более здоровым отношениям, и это отражается на его дружеских связях, партнерстве, браке. В связи с этим семейная и супружеская терапия часто становится важной составляющей третьей фазы лечения. В некоторых случаях терапевт поддерживает пациента в принятии решения о завершении или продолжении тех или иных отношений. Конечно, это не означает, что терапевт решает за пациента, прекратить тому или продолжить те или иные отношения, в которых присутствует какой-то негативных аспект. Терапевт только оказывает помощь в оценке всех сторон и возможных последствий шага, который намеревается совершить пациент. Если пациент приходит к какому-то решению, то терапевт по мере необходимости оказывает пациенту помощь в преодолении страха перемен, который может повлечь за собой принятое решение. Пациент также может нуждаться в поддержке терапевта, если он решает все-таки разорвать прежние отношения и ему предстоит работа горя, некоторый период изоляции и поиска новых, более здоровых отношений. Оказывая поддержку, терапевт должен очень хорошо понимать и чувствовать меру, помня о пользе пациента и о его потребностях.

Обычно пациент всеми силами старается избежать переживания утраты – риска, который всегда сопровождает любые человеческие отношения. Однако повышение уровня презентификации помогает пациенту изменить свое отно-

---

* Ассоциативно связанных с противоречивыми убеждениями. – *Прим. пер.*

шение к будущему, от которого раньше он ожидал лишь неминуемой катастрофы и ничего, кроме утрат. Он также расстается со своим прошлым, полным разрушенных отношений и страдания, которое утрачивает качество реальности настоящего. Кроме того, пациент учится справляться *в настоящем* с обычными проблемами и трудностями, которые всегда возникают в нормальных близких отношениях. Пациент должен осознать, какую он платит цену за избегание отношений или за поддержание отношений с нечетко определенными границами. Такие высокоуровневые действия в сфере отношений требуют хороших навыков разрешения конфликтов, эмпатии, способности саморегуляции, рефлексии, способности выстраивать приоритеты в отношениях, чтобы избежать избыточного или недостаточного реагирования. Другими словами, они требуют функционирования на высших уровнях тенденций.

Близость предполагает гибкие, но стабильные границы – внутренние и межличностные. Пациентам приходится учиться пониманию важности личных границ, определению ситуаций, в которых необходимо обозначить свои границы и тому, как это сделать, также пациент учится адекватно реагировать на границы другого человека, не испытывая при этом чувств отвержения, принимая истину, что «с хорошими заборами и соседи будут хорошими». Хорошо простроенные границы помогают снизить страх близости, так как позволяют сохранять чувство личного контроля и баланс в отношениях. Проигрывание и моделирование здоровых отношений в воображении и в ролевой игре (Brown D. & Fromm, 1986) способствует развитию построения более реалистичных прогнозов будущего в близкой и средней перспективе. Очень часто такое усиление адаптивной презентификации приводит к изменениям поведения пациента. Пациент постепенно осознает тот парадокс, что близость в реальных отношениях вовсе не означает слияния или превращения в двойника другого человека. Близость также не сводится к одной только взаимной заботе, но требует осознания своей индивидуальности и автономии, что зависит, в свою очередь, от степени развития тенденций, принадлежащих высоким уровням иерархии. Так пациент учится балансу адаптивной зависимости и адаптивной автономии (Steele et al., 2001).

Близость и тело. Быть близким означает также быть замеченным другим, в том числе и на физическом уровне. Пациенты обычно чрезвычайно чувствительны в отношении своей внешности и тела. Работа на третьей фазе терапии также затрагивает темы принятия пациентом своей телесности. Путь к этому лежит через преодоление фобии ощущений, связанных с физической телесностью, и эмоциональных проявлений (эмоциональные проявления тесно связаны с физическими ощущениями). Разрешение этой фобии позволяет пациенту лучше относиться к собственному телу: проявлять большую заботу о нем, относится к себе как к человеку, который может быть привлекательным и желанным для другого человека. Преодоление этой фобии может происходить через интервенции контробусловливания, благодаря которым пациент формирует связи между физическими ощущениями и более приятными

переживаниями. Например, акцент переносится на ощущение удовольствия от прикосновений и ласк любящего партнера, когда, по взаимной договоренности, партнер ограничивает телесный контакт теми прикосновения, которые нравятся пациенту, принимая во внимание его пожелания продолжать или прекратить этот контакт. Контроль со стороны пациента за формой, степенью и длительностью стимуляции, которая прежде избегалась, в данном случае играет центральную роль. Это позволяет пациентам оставаться в пределах доступной им на данной момент интегративной способности, что способствует овладению новыми навыками.

К сожалению, для взрослых с историей детской травматизации характерны хронические и подчас серьезные соматические проблемы (Felitti et al.,1998; Landau & Litwin, 2000; Romans et al., 2002; Schnurr & Jankowski, 1999). На поздних фазах лечения может произойти обострение некоторых соматических проблем пациента, которые, как он надеялся, должны были бы исчезнуть после проработки травматических воспоминаний. С возрастом у них могут появиться серьезные хронические заболевания. Осознание того, что настоящее не всегда бывает таким, каким нам бы хотелось, может вызвать острые переживания горя, злости, отчаяния, страха за свое здоровье. Соматические проблемы могут реактивировать связанный с травмой страх боли, смерти, беспомощности, отвержения и зависимости. Это может, в свою очередь, потребовать краткого возвращения к интервенциям второй фазы, поскольку эти страхи часто коренятся в травматических воспоминаниях, которые остались непроработанными. Впрочем, некоторые пациенты обладают хорошим здоровьем (укреплению которого может способствовать терапия), и с поддержкой терапевта и других людей они начинают испытывать радость и удовольствие от своего тела по мере того, как налаживается ритм питания, отдыха, физических нагрузок.

Сексуальная близость. Достижение сексуальной близости сопряжено с трудностями для пациентов, страдающих от последствий психической травмы, а особенно для тех из них, кто стал жертвой сексуального насилия. Эти трудности, прежде всего, связаны с особенностями отношения пациентов к собственному телу, реакции которого представляют собой центральный аспект травматизации (глава 14). Тело также играет главную роль в реактивации травматических воспоминаний, кроме того, многие пациенты страдают соматоформными симптомами диссоциативной и/или недиссоциативной природы. Так как между телесными ощущениями и негативными переживаниями устанавливается тесная связь, для некоторых пациентов тело становится причиной всех их бед и страданий, они стыдятся своего тела и своей телесности. Во-вторых, сексуальная близость предполагает отношения привязанности, к которым у пациентов, страдающих от последствий ранней травмы, сформированы особые фобии. Наконец, сексуальный акт сам по себе может быть мощным условным стимулом, реактивирующим травматические воспоминания сексуального насилия и связанные с ними дорефлективные убеждения

о неминуемой катастрофе. Мария, пациентка с пограничным расстройством, однажды воскликнула: «Больше всего я ненавижу секс! Он напоминает мне о том, что я всего лишь грязная «вещь», которой пользуются другие». В этих словах пациентки проявилось ее обусловленное негативное оценивание собственного тела, сексуальных чувств и сексуальных отношений.

После слияния диссоциативных частей и образования унитарной личности у пациента впервые в жизни может появиться личностная отнесенность к переживанию сексуальных чувств, которые прежде были разнесены по разным диссоциативным частям. Преодоление структурной диссоциации также может сопровождаться изменением отношения пациента к проявлениям своей сексуальности: пациент перестает видеть угрозу в своих сексуальных переживаниях и получает от них удовольствие. Пациент также находит для себя ритм и интенсивность сексуальной жизни, учится уважать границы партнера (например: Brown D. & Fromm, 1986). Существует несколько техник для работы с фобией сексуальности (например: Brown & Fromm, 1986; Maltz, 2001). Многие из этих интервенций основаны на постепенной экспозиции и внимательном отслеживании первых признаков срыва, возвращения пациента в прежнее состояние, с этим сочетаются тренинг релаксации и систематическая десенсибилизация. Применение этих методов обязательно должно учитывать психический уровень пациента.

У Тони, пациентки с РДИ, уже после достижения стабильной интеграции, все еще сохранялась фобия сексуальных отношений, несмотря на ее желание интимной близости. Терапевт предложил ей договориться со своим партнером о совместном решении этой проблемы, постепенном развитии сексуального контакта. Для начала прикосновение может быть несексуальным, затем, по мере того, как Тони будет чувствовать себя в безопасности и комфортно, прикосновения могут становиться более сексуальными. Этот процесс предполагал планирование и осуществление постепенной, самостоятельно контролируемой экспозиции в безопасной среде, направленной на формирование новой ассоциации между прикосновением, контролем и удовольствием. Тони и ее партнер регулярно практиковали это упражнение в течение нескольких месяцев. Терапевт также рекомендовал Тони прерывать контакт в случае возрастания тревоги, постараться отследить появление пугающих мыслей (например, «Это причинит мне боль», «Меня изнасилуют») и проделать упражнения релаксации. После этого можно было вернуться к совместным упражнениям с партнером (предотвращение тенденций избегания, мягкое возвращение к экспозиции и практике). На терапевтических сессиях вместе с терапевтом Тони прорабатывала замещающие убеждения о сексе и сексуальности («когнитивные» интервенции). Постепенно Тони почувствовала себя более комфортно в отношении несексуального прикосновения (позитивное самостоятельное подкрепление прикосновения). Затем она стала инициировать сексуальные ласки,

хотя первые опыты в этом направлении сопровождались переживанием страха. Однако, следуя прежней схеме: остановка, релаксация, возобновление телесного контакта, – у нее в итоге появилась уверенность, что она может контролировать ситуацию и впервые позволила себе почувствовать сексуальное удовольствие в отношениях с другим человеком. Она гордилась собой, и ее партнер разделял это ее чувство (реакция триумфа, позитивное подкрепление).

Подкрепление тенденций высшего уровня

Индивид, которому стали доступны тенденции высшего уровня, получает возможность совершать новые творческие, сложные психические и моторные действия. Для этого требуется стабильно высокий уровень психической энергии и эффективности. Благодаря овладению тенденциями высшего уровня индивиду открывается полнота в любви, работе, игровой активности. Он исполнен интереса и любопытства к окружающему миру и себе; он сам творит свою жизнь, делая ее интересной и увлекательной, он не боится нового. Чтобы ни происходило в его жизни, он способен находить в этом смысл, он сохраняет связи с любимыми людьми, не теряет самообладания, чувства юмора и смирения.

В дзен-буддизме есть изречение: «Перед просветлением наколи дров, принеси воды; после просветления наколи дров, принеси воды». Этот коан отражает необходимость полной презентификации и персонификации даже при совершении самых обыденных бытовых действий, если мы хотим найти смысл и радость, а также доступ к глубинным переживаниям жизни. Уровень *пролонгированных рефлективных действий* связан со способностью к продолжительным осознанным действиям со способностью произвольно удерживать внимание, с целеустремленностью и инициативной.. Достигая этого уровня, мы можем работать, стремясь к идеалу и долгосрочным целям. Такие рефлективные действия необходимы не только в увлекающей нас работе, но и в делах повседневной жизни.

Люди, пережившие психическую травму, сталкиваются с трудностями в своих рутинных обыденных делах из-за постоянных флуктуаций сознания, которые понижают их интерес и концентрацию внимания. Терапевтическая помощь в этом случае состоит в практике упражнений, направленных на развитие психической вовлеченности и осознания при совершении тех или иных действий в данный момент времени (даже если речь идет о мытье посуды или оплате счетов), а также усиление сознательного контроля за чрезмерными флуктуациями сознания, которые представляют собой обусловленные реакциями, что способствует усилению персонификации и презентификации. Начало этой работы относится к первой фазе терапии, однако на третьей фазе, по мере того как пациент начинает ощущать себя унитарной личностью и действовать соотвествущим образом, эти упражнения и навыки применяются им все чаще и чаще в самых разных ситуациях.

На этом уровне пациент принимает законы логики и относительно точно воспринимает себя и других. Это происходит благодаря хорошей координацией систем действий и возможности активировать наиболее адекватные данной ситуации перцептивно-моторные циклы. С переходом на уровень пролонгированных рефлективных действий формируется (или обретается вновь) чувство долга и ответственности за себя и других. Преимущества, которые дает принятие ответственности за самого себя, могут стать основой мотивации заботы о себе. У пациента также может появиться желание действий в социальной сфере и заботы о других из альтруистических мотивов и чувства моральной ответственности, а не из чрезмерного отождествления с эмоциональными потребностями другого, свойственного со-зависимости.

На этом уровне пациент достигает согласованности между «действиями и целостностью жизни» (Ellenberger, 1970, p. 393). Однако остановка на этом уровне чревата педантичностью, догматизмом и фиксацией неэффективных паттернов поведения. Стиль мышления при этом может быть охарактеризован как фундаменталистский, когда индивид в большей степени основывает свои суждения на абстрактных теориях и ригидных моральных принципах, а не на личном опыте.

Экспериментальные тенденции относятся к следующему уровню иерархии. Любознательность и игровая активность помогают нам в захватывающем и волнующем предприятии исследования внешнего мира, самих себя, приобретении новых навыков (Brown & Fromm, 1986). Для этого требуется высокий уровень интеграции разных систем действий: исследования и игры, привязанности, общения, энергетической регуляции. Мы учимся на своем опыте, на своих ошибках и учитываем их при планировании будущего и действиях в настоящем. Мы открыты новым возможностям и творчески используем наши способности для их *реализации.* Отталкиваясь от непрерывно приобретаемого опыта, мы сознательно оцениваем и приспосабливаем наши действия. Часто этот уровень вызывает много затруднений у пациентов из-за фобии перемен и риска. В данном случае применяют интервенции, в которых пациент постепенно учится принимать решения, соглашаясь на разумный риск, и справляться с переменами, которые следуют за новыми действиями. Пациент также учится извлекать опыт как из успехов, так и из неудач.

Уровень *прогрессивных тенденций* является наивысшей ступенью в развитии индивида. Для человека, который функционирует на данном уровне характерно выраженное чувство индивидуальности, он активен в духовной сфере или занят другой активностью высшего порядка, направленной на поиски смыслов. Пациент способен постигать чрезвычайно абстрактные идеи, у него появляется больше свободы и энергии для исследования экзистенциональных и философских вопросов. У него проявляются способности к ментализации и постижению мотивации, которые приводят к стойким поведенческим изменениям.

Начиная функционировать на высших уровнях, пациенты становятся способны к построению связной и обоснованной личной теории реальности (Steele & Van der Hart, 1994). Это означает, что они способны к *реализации* своего прошлого, настоящего, будущего и собственной идентичности, к пониманию других и рефлективной и целенаправленной активности с использованием самого широкого репертуара ментальных действий и поведенческих актов. Личная теория реальности предполагает наличие шести способностей, развитие которых происходит благодаря зрелой презентификации и персонификации. Первой в этом ряду является способность поддерживать отношения с другим человеком, соблюдая оптимальный баланс близости и дистанции. Эта способность требует владения тенденциями самого высокого уровня в сферах систем действий привязанности, социальных контактов, заботы. Пациент учится находить разумное соотношение между заботой о себе и заботой о других. Во-вторых, способность точной интеграции данных восприятия внешнего мира: индивид полностью осознает происходящее и приспосабливается к нему, настраивая свои перцептивно-моторные циклы в соответствии с актуальной ситуации. Кроме центральной презентификации, здесь необходимо также верное определение статуса реальности для прошлого, настоящего и будущего в соответствии с соответствующей иерархией (расширенная презентификация). Это также означает, что пациент вполне осознает различия между внутренней реальностью (например, мысль о физическом наказании ребенка, которая вызывает тревогу) и внешней реальностью (например, убедительные аргументы в пользу того, чтобы ребенок не был наказан).

В-третьих, способность соблюдать баланс между удовольствием и ощущениями дискомфорта, в том числе болью. Благодаря этой способности внутреннее отношение пациента к дискомфортным ощущениям не сводятся к простым реакциям. Он может терпеть неприятные ощущения в процессе достижения долгосрочных целей и даже понимает, что неприятные ощущения и боль могут чему-то научить и поэтому обладают ценностью. Этот баланс подразумевает наличие у пациента рефлективных убеждений о себе, о других и о мире. В-четвертых, пациент может принять свои ограничения, слабости и недостатки, а также личные достоинства и свою уникальность реалистично и со смирением. Пациент стремится не к совершенству абсолютно во всем, но к адаптивному и реалистичному функционированию. Это означает достижение самой высокой степени реальности благодаря примирению между идеальными представлениями о себе и мире, принадлежащими миру фантазий и реальному миру. В-пятых, здоровое чувство юмора (Kohut, 1971), предполагающее высокий психический уровень, на котором человек, столкнувшийся с серьезной жизненной проблемой, сохраняет способность к ментализации и в то же время чувствует себя в достаточной степени безопасно для сохранения связи с другими, используя юмор в своих коммуникациях. Это также отражает способность пациента к символизации и творчеству. И, наконец, пациент форми-

рует четкую систему взглядов в области личной (и профессиональной) этики. Происходит интеграция морали, этики, духовности, а также наиболее рефлексивных и эмпатичных способов постижения себя, других и мира. Пациент сознательно стремится сделать окружающий мир лучше, сообразуясь со своими силами. Он понимает и принимает неопределенность будущего, открыт неизбежным переменам, которые оно с собой принесет. Пациент стремится к самопознанию, предполагающему готовность к встрече с теми сторонами своей личности, которые могут быть неприятными.

Некоторые вопросы, связанные с прошлым пациента, могут оставаться неразрешенными, и пациент может искать на них ответы, однако призраки прошлого уже не преследуют его. В целом его функционирование отличается более высоким уровнем согласованности и последовательности.

ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ

Успешное завершение длительной терапии может быть столь же сложным, сколь и стимулирующим, и само по себе является интервенцией. Оно моделирует для пациента естественный цикл отношений надежной привязанности, который иногда включает завершение. Терапевтические отношения не раз выдерживали бурю и натиск отчаяния, гнева, чувства бессмысленности происходящего, грусти, горя, стыда, беспомощности, поэтому и у терапевта, и у пациента есть опыт крепкой связи, лежащей в основе этих отношений. Расставаться нелегко, потому что эти отношения были для пациента на пути к выздоровлению чем-то вроде гавани для корабля, укрывшегося в ней от шторма. Однако терапия, по определению, ограничена во времени, поэтому пациент и терапевт должны договориться о времени ее окончания.

Самые общие признаки готовности пациента к завершению терапии могут быть следующие. Пациент достиг чувства внутренней связности и целостности, способен принять свою историю, концентрироваться на настоящем, строить планы на будущее. Прошлое больше не преследует его, хотя некоторая вероятность реактивации травматического опыта остается. Разрешены фобии и торможения в отношении подавляющего большинства его переживаний. Пациент способен к здоровым отношениям на работе, в игре, к отдыху, релаксации, получению удовольствие от жизни. В определенные моменты своей жизни пациент может испытывать реакцию триумфа, потому что он стал более успешным в своей повседневной жизни. Наконец, пациент смог примириться с превратностями судьбы, которые неизбежны в жизни каждого человека.

Но даже когда все эти критерии выполняются, завершение терапии может быть очень сложным (Brown et al., 1998; Courtois, 1988; Herman, 1992b). Предстоящее завершение терапии часто реактивирует переживание прежних утрат, поэтому слишком быстрое завершение может вызывать у пациента депрессию и состояние подавленности. Окончанию терапии может предшествовать длительный период работы горя.

Завершение может осуществляться по-разному; заключительной фазе, например, может быть отведено определенное количество сессий, о чем терапевт и пациент договариваются заранее. Также может быть выбран вариант без заранее фиксированной даты окончания. Первым шагом к завершению терапии может стать решение о постепенном уменьшении частоты сеансов: от одной сессии в неделю к одной сессии в две недели, и затем – раз в месяц. Положительным аспектом такого решения является то, что происходит постепенное увеличение периодов времени, когда пациент обходится без терапевта.

Тот факт, что терапия подошла к стадии завершения свидетельствует о том, что и пациент, и терапевт, взаимодействуя между собой, опираются на тенденции высокого уровня. Таким образом, окончание терапии может быть рассмотрено как действие высокого уровня, которое должно быть соответствующим образом завершено через всестороннее обсуждение, в котором обе стороны принимают активное участие. Терапевт поощряет пациента к рассказу о том, как он переживал свои отношения с терапевтом, в том числе о тех моментах, когда ему казалось, что в терапии происходит что-то не так, когда он ощущал чуткость терапевта или же утрату контакта, чувствовал, что терапевт не помогает ему и даже заставляет страдать. В итоге у пациента и терапевта должно появиться чувство завершенности. Пациента следует информировать о вероятности того, что спустя некоторое время может потребоваться возобновление терапии. Терапевт рассказывает пациенту о том, что может послужить сигналами, указывающими на такую необходимость, и просит пациента быть внимательным к таким событиям и переживаниям. Терапевт сообщает также пациенту, что тот может всегда обратиться к нему, если понадобиться его помощь как терапевта (Herman, 1992b). Будут ли пациент и терапевт поддерживать контакт и если да, то в какой форме это будет происходить, все это зависит от потребностей и предпочтения пациента, а также определяется соображениями о пользе пациента. Допускаются редкие нерегулярные встречи для того, чтобы пациент имел возможность обсудить с терапевтом то, что происходит в его жизни.

РЕЗЮМЕ

Интервенции постепенной экспозиции помогают пациенту овладеть теми видами повседневной активности (или вернуться к ним), которые прежде им избегались. Терапевтическая экспозиция стимулам, в отношении которых пациент прибегал к маневрам избегания, не может быть целью сама по себе. Эти интервенции служат усилению интегративных действий, преобразующих ригидные, ограниченные и дезадаптивные перцептивно-моторные циклы, добавляя к ним новые восприятия, идеи, чувства и действия. Одной из основных целей третьей фазы является полное слияние (объединение) всех частей *одной* личности в более координированную и связную личность. Достижение этой цели позволяет пациенту преодолеть субъективное чувство внутреннего

разделения, а также существенно улучшает взаимную координацию и связи между разными системами действий. Слияние может быть осуществлено самыми разными способами, разнообразие и количество которых ограничено лишь творческими возможностями пациента и терапевта. Пациенты, в терапии которых не было успешного завершения третьей фазы, часто продолжают сталкиваться с серьезными трудностями в повседневной жизни, несмотря на некоторое улучшение их состояния и функционирование, достигнутое благодаря интервенциям, позволившим снизить частоту и интенсивность явлений вторжения травматического опыта. Третья фаза посвящена также важной работе преодоления фобий нормальной жизни, перемен, принятия разумного риска и близких отношений. В случае тяжелой травматизации у пациентов сохраняется тенденция к диссоциации, а также к снижению и сужению сознания в ситуациях стресса. Поэтому усилия по предотвращению рецидива, включающие тренинг управления стрессовыми состояниями и развитие навыков саморегуляции и заботы о себе, являются важной частью третьей фазы. Поощряются также действия пациента, принадлежащие пролонгированным рефлексивным, экспериментальным и прогрессивным тенденциям. Завершение терапии является важным этапом, требующим особого пристального внимания терапевта и пациента. Тщательная проработка тем завершения необходима для общего успеха терапии и стабильности достигнутых результатов.

Эпилог

> Не существует быстрых и легких способов восстановления психического функционирования, а все попытки его найти приводят только к разочарованию, негативизму и отказу от дальнейших усилий.
>
> *Джереми Холмс* (Holmes, 1991, p. 104)

Написание этой книги стало для нас четырехлетним марафоном обмена электронными письмами, телеконференций и создания текста, в котором мы передавали друг другу, наподобие эстафетной палочки, один черновой вариант за другим. Это путешествие было волнующим, трудным, познавательным, иногда обескураживающим, но чаще приносящим удовлетворение. Разработка новой теории и путей ее практического применения является непростым делом и требует неистощимого любопытства, терпения, выносливости, скромности и, конечно же, высокого психического уровня! Мы надеемся, что внесли вклад в развитие области, с которой связана наша профессиональная деятельность, которой мы занимаемся с энтузиазмом и любовью. Мы ожидаем также, что наша работа даст возможность клиницистам и исследователям лучше понимать пациентов, страдающих от последствий психической травмы, и, используя это понимание, более эффективно им помогать. В конце концов это всегда было нашей главной целью, даже когда мы ошибались или предпринимали неуклюжие попытки «сделать так, как надо».

В завершение, в эпилоге, мы коснемся двух важных тем. Во-первых, наша теория все еще нуждается в дальнейшем развитии и научной проверке, так как работы по изучению эффективности терапевтического подхода, основанного на нашей теории, при помощи контролируемых исследований начались сравнительно недавно. Во-вторых, мы не можем завершить книгу, ничего не сказав о действиях терапевта, которые являются одним из основных факторов успеха (или неуспеха) терапии пациентов с хронической травмой.

РАЗВИТИЕ ТЕОРИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

Как говорилось в начале книги, основаниями теории структурной диссоциации (в которую интегрированы положения психологии действия Жане), а также нашей модели терапии послужили наш обширный опыт клинической работы с пациентами, страдающими от последствий психической травмы, а также данные теоретических и эмпирических исследований, опыт и мнения коллег. Мы очень внимательно отнеслись к наследию некоторых мэтров про-

шлого (особенно Пьере Жане), работы которых содержат россыпи сокровищ, все еще остающиеся недооцененными нашими современниками. Ни теория, ни основанная на ней терапевтическая модель не являются закрытыми системами, но постоянно находятся в развитии, о чем свидетельствуют постоянно увеличивающееся число публикаций авторов этой книги. Мы приглашаем заинтересованных коллег присоединиться к нам в дальнейшем развитии теории. Однако более важным, на наш взгляд, является эмпирическая проверка базовых гипотез нашей теории, и мы приветствовали бы работу коллег в этом направлении.

Теория структурной диссоциации обладает высоким потенциалом эвристичности. Некоторые вытекающие из нее гипотезы уже успешно прошли научную проверку (например: Reinders et al., 2003, Reinders et al., 2006; см главу 10). Так, было показано, что здоровые женщины, получившие подробные инструкции по имитации ВНЛ и АЛ, а также серьезно мотивированные следовать этим инструкциям во время изображения активности диссоциативных частей демонстрировали совершенно иные психофизиологические реакции и паттерны мозговой активации, чем диссоциативные пациентки с РДИ при активации их ВНЛ и АЛ (Reinders et al., 2008, 2009). В этом исследовании проводили измерение физиологической реактивности при предъявлении скриптов. Так, АЛ пациенток с РДИ предъявляли записи скриптов персонального травматического события. Испытуемые из группы «норма» слушали записи с описанием пережитого ими нетравматического, хотя и довольно неприятного для них события. В контрольной группе были выделены две подгруппы: женщины с высокими и с низкими показателями склонности к фантазированию. При прослушивании скриптов испытуемые контрольной группы обеих подгрупп старались имитировать психофизиологические реакции диссоциативных частей, однако их показатели физиологической реактивности и результаты оценки активности мозга отличались от таковых у пациенток с РДИ при активации их ВНЛ и АЛ. Фактор «склонность к фантазированию» контролировался отбором в контрольную группу испытуемых с существенно более высокими показателями склонности к фантазированию, чем средние значения этого показателя у пациенток с РДИ. Эти результаты имеют большое теоретическое значение, поскольку, согласно социально-когнитивной теории РДИ (Spanos, 1994; Lilienfeld, Lynn, 2003; Lilienfeld et al., 1999), этиология этого расстройства объясняется сочетанием высокой склонности к фантазии, внушаемости пациентов, с одной стороны, и внушениями терапевтов – с другой. Результаты Райндерс с соавт. (Reinders et al., 2008) согласуются с теорией структурной диссоциации и ставят под вопрос достоверность социально-когнитивной гипотезы этиологии РДИ.

Существуют и другие данные недавно проведенных исследований, согласующиеся с нашей теорией. Исследуя дисфункциональные схемы поведения, детскую травму и диссоциацию при пограничном расстройстве личности Джонстон с соавт. (Johnston et al., 2009) показали, что чем в большей степени

дисфункциональные схемы представлены в поведении индивида, тем более вероятно присутствие диссоциативных симптомов. Мы полагаем, что эти схемы могут быть связаны с АЛ. Интересно, что две схемы в равной мере прогнозировали наличие диссоциации – «Гневливый и импульсивный ребенок» и «Брошенный и переживший жестокое обращение ребенок». Было также выявлено, что психический уровень пациентов с серьезной диссоциативной симптоматикой был ниже по сравнению с психическим уровнем пациентов с менее выраженными диссоциативными симптомами (Haaland & Landrø, 2009). Кроме того, исследователи обнаружили, что в состоянии покоя мозговая активность «основной» личности (то есть ВНЛ) пациентов с РДИ отличается от мозговой активности в том же состоянии испытуемых из группы «норма» (Şar, Unal & Ozturk, 2007). Эти результаты подтверждают нашу гипотезу, согласно которой психический уровень ВНЛ ниже, чем у психически здоровых людей.

Кроме того было установлено, что объем гиппокампа и билатеральной парагиппокампальной извилины – мозговых структур, связанных со способностью к автобиографической памяти, – значительно меньше у пациентов НДР и еще меньше у пациентов с РДИ, по сравнению с контрольной группой «норма» (Ehling et al., 2008; Vermetten et al., 2006). Контролируемые исследования пациентов с ПТСР также выявили снижение объема гиппокампа (см. обзор: Karl et al., 2006). Согласно результатам сравнительного анализа объема гиппокампа у испытуемых группы норма и пациентов с диагнозами ПТСР, НДР и РДИ, было отмечено снижение объема: при ПТСР (первичной диссоциации личности) – на 10%, НДР (вторичной структурной диссоциации) – приблизительно на 15% и при РДИ (третичной диссоциации личности) – на 20%. Эти данные выявляют интересную закономерность: чем тяжелее структурная диссоциация личности, тем меньше объем гиппокампа. Данные исследования Элинг и коллег (Ehling et al., 2008) свидетельствуют о высоких значениях показателей корреляции между объемом этих мозговых структур и выраженностью психоформных и соматоформных симптомов, а также субъективной оценкой тяжести травматических событий. Коэффициенты корреляции между объемом этих мозговых структур, уровнем общей психопатологии и склонностью к фантазированию были более низкими или статистически незначимыми. Теория структурной диссоциации объясняет также связь между тяжестью переживания травматического события, степенью негативного воздействия на интегративные мозговые структуры (учитывая возраст и период развития), выраженностью диссоциативных симптомов и уровнем структурной диссоциации личности. Хотя в исследованиях объема мозговых структур, которые мы здесь упоминаем, эти гипотезы не проверяли напрямую, их результаты согласуются с некоторыми положениями нашей теории.

В настоящий момент проводится еще несколько психобиологических исследований, проверяющих гипотезы, вытекающие из теории структурной диссоциации. Одно из них направлено на изучение паттернов мозговой активации у ВНЛ и АЛ пациентов с РДИ при подпороговом предъявлении стимулов,

которые субъективно оцениваются как опасные (Schlumpf, Nijenhuis, Reinders & Jäncke, в работе). Проверка теории и исправление допущенных неточностей все еще требует очень большого объема работы. Одной из наиболее сложных проблем является разработка и валидизация диагностических инструментов, предназначенных для определения степени структурной диссоциации.

Насколько эффективна фазово-ориентированная терапевтическая модель для людей, переживших жестокое обращение в детстве? Совокупный клинический опыт авторов этой книги, а также опыт коллег, прошедших обучение в рамках описанного в книге подхода, свидетельствует о его эффективности в лечении многих пациентов, которых уже считали неподдающимися лечению. Нет доказательств того, что игнорирование симптомов структурной диссоциации способствует их разрешению (Coons & Bowman, 2001; Kluft, 1993c, 2006). Результаты нескольких неконтролируемых исследований свидетельствуют об эффективности фазово-ориентированной терапии при лечении пациентов со структурной диссоциацией (Coons & Bowman, 2001).

Брэнд с соавт. (Brand et al., 2009) представили первые положительные результаты исследования эффективности психотерапии пациентов с РДИ и НДР, описанной в «Руководстве по лечению расстройства диссоциированной идентичности у взрослых» (Adult Treatment Guidelines for Dissociative Identity Disorder), одобренного Международным обществом исследования травмы и диссоциации (International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSD, 2005). Основная часть этого руководства содержит описание фазово-ориентированного подхода, которому и посвящена эта книга. Было показано, что на поздних этапах терапии выраженность симптомов диссоциации и посттравматического стресса, а также уровень дистресса у пациентов ниже, чем на первой фазе. У них было меньше саморазрушительных действий, меньше количество госпитализаций, более высокие значения общих показателей уровня функционирования. Кроме того, величина эффекта между начальной фазой терапии (M = 2,8 лет, SD 2,0 года) и поздней (M = 8,4 лет, SD 4,8 года) были сопоставимы с величинами эффектов, полученных в ранее проведенных исследованиях терапии хронического ПТСР, связанного с детской травмой, и коморбидной с пограничным расстройством личности депрессии. Исследователи пришли к выводу, что, учитывая тяжесть и хронический характер диссоциативных расстройств, высокую стоимость медицинского сопровождения пациентов, страдающих этими расстройствами, долгосрочная терапия является более предпочтительной с экономической точки зрения, поэтому необходимы дальнейшие исследования эффективности (фазово-ориентированной) психотерапии для РДИ и НДР.

Элинг с соавт. (Ehling et al., 2003) обследовали 14 женщин, симптомы РДИ которых были полностью разрешены в ходе длительной фазово-ориентированной терапии. До начала лечения, основанного на фазово-ориентированной модели, многие из них проходили другие формы терапии, игнорирующие диссоциативные симптомы, или принимали антипсихотические препараты.

Предыдущее лечение ничего не изменило в уровне диссоциативной симптоматики, а у некоторых пациенток даже было зафиксировано ухудшение состояния. Интересно, что объем гиппокампа оказался значимо больше у женщин, полностью излечившихся от РДИ, чем у женщин с РДИ. Необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы установить, связано ли это с успехом в психотерапии.

Конечно, идеальным вариантом было бы проведение рандомизированного контролируемого исследования эффективности фазово-ориентированной терапии. К сожалению, таких исследований пока еще не проводили, и одной из основных причин этого является сложность дизайна такого рода исследования для долгосрочной терапии. В таких исследованиях необходимо контролировать слишком большое количество переменных, что в сочетании с большой продолжительностью самого лечения делает практически невозможным получение надежных данных для последующего сравнительного анализа. Главным препятствием здесь является то, что пациенты в группе ожидания должны были бы ожидать лечение очень долгое время, что является абсолютно недопустимым по этическим соображениям. С этих позиций неприемлемым также является формирование группы, состоящей из пациентов, к которым будут применять заведомо неэффективные методы терапии.

Мы считаем полезным создание базы данных систематической оценки состояния пациентов и последующий анализ этих данных. На сегодняшний день единственным в мире проектом в этой области является Национальный центр ранней хронической травматизации (National Center for Early Chronic Traumatization, LCVT) в Нидерландах, собирающий данные оценки лечения всех пациентов с хронической травмой, обращавшихся за помощью в 14 специализированных центров лечения последствий психической травмы. Эти центры, следующие рекомендациям LCVT по диагностике и фазово-ориентированной терапии, проводят обследования пациентов в начале лечения, в конце каждого года терапии, сразу по ее завершении, а в перспективе и спустя определенное время после завершения терапии. Учитываются также такие показатели, как удовлетворенность лечением, оценка качества жизни и медицинских затрат. Со временем можно будет получить массив данных об этой группе пациентов, а также динамике и результатах их лечения.

Наша терапевтическая модель лечения представлена здесь в формате долгосрочной индивидуальной психотерапии. Однако индивидуальный подход может успешно сочетаться со структурированной групповой терапией, особенно на первой фазе лечения. Дополнительная групповая работа может состоять из таких элементов, как предоставление психологических знаний и тренинг навыков (например, навыков регуляции аффекта и способности к более полному присутствию в настоящем). Содержание групповой работы должно соответствовать индивидуальным потребностям членов группы. Например, пациентам с РДИ (с третичной диссоциацией личности) может понадобиться иная групповая работа, чем пациентам с ПРЛ или сложным ПТСР (с вторич-

ной структурной диссоциацией). В групповой работе с пациентами, страдающими от последствий травмы, могут применяться многие терапевтические принципы, изложенные в главе 12.

ТЕРАПЕВТ

Одним из самых главных уроков, который мы извлекли из нашего путешествия, состоит в том, что психология действия Жане универсальна, ее положения могут применяться и для описания работы терапевта. Мы стали уделять еще больше внимания собственному психическому уровню, нашим дезадаптивным и адаптивным действиям, нашей способности синтеза и *реализации*, а также успехам и неудачам достижения тенденций высших уровней в терапии и других областях жизни.

Мы поняли, что самым эффективным способом приложения психологии действия к пациентам, страдающим от последствий травмы, является осмысление терапевтом своих собственных ментальных и поведенческих действий в отношении пациента с позиции теории Жане. Психотерапия пациентов с историей жестокого обращения и пренебрежения в детстве является очень трудным предприятием как для пациента, так и для терапевта. На терапевте лежит ответственность за поддержание стандартов лечения и высших этических принципов, то есть функционирование терапевта должно соответствовать тенденциям высокого уровня. Кроме всего прочего, это предполагает, что, когда действия пациента являются ригидными и принадлежат тенденциям низкого уровня, терапевт не отвечает ему тем же, но остается на уровне более гибких, адаптивных действий.

Терапевт, как минимум, должен владеть долговременными рефлективными тенденциями, к которым относятся исполнение профессионального долга, рефлективные действия, обоснованные и продуманные инициативы, стойкость и терпение. Терапевт в своей работе также должен использовать экспериментальные тенденции, то есть он должен быть способен дождаться результатов своих действий (то есть терапевтических интервенций в долгосрочной перспективе), признавать свои ошибки и личностные ограничения, поддерживать уважение к себе и к пациенту. Терапевт учится на собственном опыте, что все требует своего времени, что сопротивление изменениям является универсальным свойством человеческой психики и к нему надо быть готовым, что пациент, функционирование которого опирается на тенденции низшего уровня, может вести себя определенным довольно предсказуемым образом, что с некоторыми пациентами терапевту удается работать лучше, чем с другими. Успеху терапии будут способствовать такие черты и установки терапевта, как смирение и скромность, желание слушать и учиться у пациента и коллег, отказ от иллюзии знания ответов на все вопросы. Кроме того, терапевт должен обладать твердостью характера, развитым чувством личной и профессиональной этики, адаптивной преданностью делу и развитым самоконтролем.

Иными словами, терапевт, работающий с пациентами, страдающими от последствий хронической детской травматизации, должен обладать высоким уровнем психического здоровья. Профессия терапевта трудна сама по себе, а работа с хронической травмой предъявляет к терапевту еще более высокие требования. Терапевт должен учитывать множество аспектов, связанных не только со сложным миром пациента, но и обстоятельствами собственной жизни, которые могут повлиять на его действия как терапевта. Сюда входят социальные факторы, такие как актуальные отношения в семье и с друзьями, действующие стрессоры, финансовое состояние, ситуация с работой, здоровьем, сильные и слабые стороны личности терапевта, в том числе обычный для него уровень психической энергии и эффективности, а также его профессиональный опыт и степень владения профессиональными навыками.

Когда терапевт по какой-либо причине не способен поддерживать высокий психический уровень, он переходит к действиям более низкого уровня. Некоторые из этих дезадаптивных действий могут рассматриваться как контрперенос, хорошо известный в литературе по травме (Dalenberg, 2000; Davies & Frawley, 1994; Figley, 1995; Kluft, 1994a; Loewenstein, 1991; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995; Rothschild, 2006; Tauber, 1998; Wilson & Lindy, 1994; Wilson & Thomas, 2004). Например, терапевт, действия которого в целом соответствуют тенденциям высокого уровня, вдруг резко соскальзывает на дорефлективные действия, когда встречается с реакцией пациента, который разозлился на него за пятиминутное опоздание на сессию. Терапевту приходят в голову мысли: «Я опоздал всего лишь на пять минут! Эти попытки пациента так меня контролировать являются просто нелепыми!». Терапевт испытывает в ответ злость и занимает защитную позицию, тем самым еще больше провоцируя пациента. В этой ситуации терапевт временно утратил способности ментализации, эмпатии, понимания страхов пациента, из которых произрастают его нереалистичные ожидания. Ментализация является действием, которое относится к тенденциям высшего уровня. Неадаптивные действия терапевта и действия пациента взаимно дополняют друг друга, что запускает разыгрывание фиксированных ролевых паттернов пациента (например, жертвы-агрессора или жертвы-спасателя). Терапевт может быть склонен к чересчур ригидному отношению к параметрам терапевтической работы или, напротив, относиться к ним небрежно из-за того, что взаимодействие с пациентом активирует его собственные системы защиты или ненадежной привязанности. Тогда терапевт стремится избежать неприятной конфронтации с пациентом, потакать ему или сглаживать собственные негативные чувства к пациенту, такие как вина, беспомощность, отвращение или гнев.

Резкое понижение психической эффективности терапевта может быть связано с его актуальными личными переживаниями, такими как усталость, болезнь, слишком большие нагрузки, недостаток профессионального опыта или знаний. Терапевт также может находиться во власти контрпереноса. Переход к действиям контрпереноса, а потому к действиям тенденций более низко-

го уровня происходит из-за того, что какие-то непроработанные элементы его собственного прошлого оказались активированными поведением пациента. В этом случае терапевт, как и пациент, вовлекается в ригидные, обусловленные действия. Иногда источником таких действий могут быть рудиментарные аффективные части личности (АЛ) терапевта, которые прежде пребывали в латентном состоянии. Например, одна из АЛ пациента проявляет признаки сильного страдания и обвиняет терапевта в том, что он причинил ей невыносимую боль. В ответ на это терапевту кажется, что он сделал что-то в высшей степени неуместное и испытывает сильное чувство вины, а также желание отстраниться. В этой ситуации терапевт утрачивает ясность мысли и ему становится довольно трудно соблюдать параметры терапевтической работы. Внешне в поведении терапевта это проявляется как отстраненность и молчание, которые еще больше усиливают страх, гнев, страдание пациента, что, в свою очередь, усугубляет чувство вины и отстраненность терапевта. Так пациент и терапевт втягиваются в порочный круг реакций переноса и контрпереноса. Осознание этого дезадаптивного паттерна мотивировало терапевта начать личную терапию, в процессе которой он понял, как страдание пациента и обвинения, которые он адресовал терапевту, реактивировали сильные чувства неудачи и страха (принадлежавшие рудиментарной детской части), которые он испытал когда-то в раннем детстве в связи с тяжелой болезнью матери. Это осознание побудило его больше обращать внимание на свои потребности, сочувственно и внимательно относиться к этой части своей личности, одолеваемой тяжелыми воспоминаниями и принявшей на себя слишком большой груз ответственности.

На самом деле, согласно некоторым исследованиям (Elliott & Guy, 1993), довольно существенная доля терапевтов обладает собственным травматическим опытом. Терапевты, у которых есть опыт переживания психической травматизации, могут найти теорию структурной диссоциации и психологию действия полезной для проработки своих собственных проблем. Мы полагаем, что длительная терапия пациентов с историей жестокого обращения в детстве, в гораздо большей степени, чем любая другая терапевтическая работа, способна реактивировать в самом терапевте непроработанный болезненный опыт, в том числе и травматический. В связи с этим мы убеждены в обязательности для терапевтов консультаций и супервизий с коллегами, а также, в некоторых случаях, и собственной терапии (Allen, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Особый риск падения психической эффективности терапевта по причине реакций контрпереноса возникает на второй фазе терапии, на которой происходит *реализация* и синтез травматических воспоминаний. В главе 16 было приведено описание двух главных ошибок терапевта на этой фазе, связанных с контрпереносом (Van der Hart & Steele, 1999). Во-первых, терапевт может иметь контрпереносную установку в отношении травматических воспоминаний пациента, выражением которой может стать неадекватное, дорефлективное понуждение пациента обратиться к его травматическому опыту.

Для пациента, психический уровень которого еще недостаточно высок, это может стать разрушительным, привести к декомпенсации или иным серьезным и в высшей степени негативным последствиям. Пациент, функционирующий на более высоком уровне, воспримет это, возможно, как понуждение к участию в чем-то, что причинит ему боль, попытку подавить его волю. Вторая ошибка, связанная с контрпереносом, заключается в чрезмерной идентификации с пациентом, следствием которой будет развитие вторичной фобии травматических воспоминаний пациента. Причиной этого может стать избегание терапевтом собственных травматических воспоминаний, страдания и переживания утрат пациента из опасений, что это может быть невыносимо для самого терапевта. Вторичную фобию следует отличать от осознанного решения повременить с проработкой травматических переживаний из-за того, что психический уровень пациента пока недостаточен для успешного синтеза и *реализации* определенных травматических воспоминаний.

В центре внимания теории структурной диссоциации находятся интегративные действия, в осуществлении которых пациенты с хронической травмой терпят неудачу, а также замещающие их дезадаптивные действия. Психология действия описывает, как можно помочь пациенту в овладении более интегративными действиями, а также какие действия являются адаптивными. В самом деле для того, чтобы жить полной жизнью, мы должны учиться заботиться о себе и о других, интересоваться собой и другими, приобретать опыт и ценить опыт других людей, создавать наше настоящее, действуя на самом высоком уровне, который для нас доступен. Эта способность полноты действия и жизни, в конечном счете, определяет самую суть нашей человеческой природы. В заключение нам хотелось бы привести слова рабби Хиллеля, которые, как нам кажется, лучше всего отражают суть психологии действия: «Если не я за себя – то кто? Если я не с другими, то с кем я? И если не сейчас, то когда?».

Литература

Abelson R. P. (1963). Computer simulation of "hot cognitions" // S. Tomkins, S. Messick (Eds). *Computer simulation and personality: Frontier of psychological theory* (pp. 277–298). New York: Wiley.

Aderibigbe Y. A., Bloch R. M., Walker W. R. (2001). Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36,* 63–69.

Agrawal H. R., Gunderson J., Holmes B. M., Lyons-Ruth K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 12,* 94–104.

Alexander P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60,* 185–195.

Alexander P. C., Anderson C. L. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy, 31,* 665–675.

Allen J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders.* New York: Wiley.

Allen J. G., Console D. A., Lewis L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry, 40,* 160–71.

Allen J. G., Coyne L., Console D. A. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry, 38,* 327–334.

Allen J. G., Coyne L., Console D. A. (1996). Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the Brief Symptom Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184,* 639–641.

Allen J. G., Coyne L., Huntoon J. (1998). Complex posttraumatic stress disorder in women from a psychometric perspective. *Journal of Personality Assessment, 70,* 277–298.

Allen J. G., Fonagy P., Bateman A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Allen S. N. (1994). Psychological assessment of post-traumatic stress disorder. Psychometrics, current trends, and future directions. *Psychiatric Clinics of North America, 17,* 327–349.

Allport G. W. (1961). *Pattern and growth in personality.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield C., Perry B. D., Dube S. R., Giles W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256,* 174–186.

Anderson C. M., Stewart S. (1983). *Mastering resistance: A practical guide to family therapy.* New York: Guilford.

Anderson G., Yasenik L., Ross C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 17* (5), 677–686.

Anderson M. C., Green C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature, 410,* 366–369.

Anderson M. C., Ochsner K. N., Kuhl B., Cooper J., Robertson E., Gabrieli S. W. et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science, 303,* 232–235.

Andreski P., Chilcoat H., Breslau N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Residency, 79,* 131–138.

Andrews B. (2002). Body shame and abuse in childhood // P. Gilbert, J. Miles (Eds). *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 256–266). New York: Brunner–Routledge.

Andrews B., Brewin C. R., Rose S., Kirk M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109,* 69–73.

Appelfeld A. (1994). *Beyond despair.* New York: Fromm.

Arbib M. A. (1981). Perceptual structures and distributed motor control // V. B. Brooks (Ed.). *Handbook of physiology,* Vol. 2, part 2 (pp. 1449–1480). Bethesda, MD: American Physiological Society.

Armstrong J. (1991). The psychological organization of multiple personality disordered patients as revealed in psychological testing. *Psychiatric Clinics of North America, 14,* 533–546.

Armsworth M. T., Stronk K., Carlson C. D. (1999). Body image and selfperception in women with histories of incest // J. Goodwin, R. Attias (Eds). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 137–153). New York: Basic Books.

Arnold M. B. (1960). *Emotion and personality.* New York: Columbia University Press.

Atlas J. A., Wolfson M. A., Lipschitz D. S. (1995). Dissociation and somatization in adolescent inpatients with and without history of abuse. *Psychology Reports, 76* (2), 1101–1102.

Azam A. (1876). *Le dédoublement de la personnalité, suite de l'histoire de Félida X***. Revue Scientifique* [Doubling of the personality, followed by the history of Félida X***]. 2nd series, 265–269.

Baeyens F., Eelen P., Van den Berg O., Crombez G. (1989). Acquired affectiveevaluative value: Conservative but not unchangeable. *Behavioral Research & Therapy, 27,* 279–287.

Baeyens F., Hermans D., Eelen P. (1993). The role of CS–US contingency in human evaluative conditioning. *Behavioral Research & Therapy, 31,* 731–737.

Bailey P. (1928). The psychology of human conduct: A review. *American Journal of Psychiatry, 8,* 209–234.

Bain A. (1855). *The senses and the intellect.* London: Parker.

Baker D., Hunter E., Lawrence E., Medford N., Patel M., Senior C., Sierra M., Lambert M. V., Phillips M. L., David A. S. (2003). Depersonalisation disorder: Clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry, 182,* 428–433.

Barach P. (2004, November). *"If love be good, from whence comes my woe?"* Third Annual Pierre Janet Memorial Lecture. Presented at the 21st Annual Meeting of the International Society for the Study of Dissociation, New Orleans, LA.

Barkley R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review, 11,* 1–29.

Barkow J., Cosmides L., Tooby J. (Eds) (1992). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture.* New York: Oxford University Press.

Bartlett A. B. (1996). Clinical assessment of sexual trauma: Interviewing adult survivors of childhood abuse. *Bulletin of the Menninger Clinic, 60,* 147–159.

Beaunis H. (1887). *Le somnambulisme provoqué* [Instigated somnambulism]. (2nd, enlarged ed.). Paris: J.-B. Bailière & Fils.

Becker-Blease K. A., Deater-Deckard K., Eley T., Freyd J. J., Stevenson J., Plomin R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45,* 522–532.

Benyakar M., Kutz I., Dasberg H., Stern M. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 2,* 431–450.

Berk J. H. (1998). Trauma and resilience during war: A look at the children and humanitarian aid workers of Bosnia. *Psychoanalytic Review, 85,* 639–658.

Berlucchi G., Aglioti S. (1997). The body in the brain: Neural bases for corporeal awareness. *Trends in Neurosciences, 20,* 560–564.

Bernstein E. M., Putnam F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174,* 727–735.

Berrington W. P., Liddell D. W., Foulds G. A. (1956). A re-evaluation of the fugue. *Journal of Mental Science, 102,* 280–286.

Berthoz A. (2000). *The brain's sense of movement.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Berthoz A. (2006). *Emotion & reason: The cognitive neuroscience of decision making.* Oxford: Oxford University Press.

Binet A. (1977). *Alterations of personality.* Washington, DC: University Publications of America (Original work published 1892–1896).

Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G., Gusman F. D., Charney D. S. et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8,* 75–90.

Bleich A., Moskowits L. (2000). Post traumatic stress disorder with psychotic features. *Croatian Medical Journal, 41,* 442–445.

Blizard R. A. (1997). The origins of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation, 10,* 223–229.

Blizard R. A. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma and Dissociation, 2* (4), 37–58.

Blizard R. A. (2003). Disorganized attachment: Development of dissociated self states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation, 4* (3), 27–50.

Blum H. P. (Ed.) (1986). *Defenses and resistances: Historical perspectives and current concepts.* Madison, CT: International Universities Press.

Bolstad B. R., Zinbarg R. E. (1997). Sexual victimization, generalized perception of control, and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 11,* 523–540.

Boney-McCoy S., Finkelhor D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1406–1416.

Boon S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation, 10,* 65–79.

Boon S., Draijer N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands.* Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Boon S., Van der Hart O. (2003). De behandeling van de dissociatieve identiteitsstoornis [Treatment of dissociative identity disorder] // O. Van der Hart (Ed.). *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation and hypnosis] (4th ed., pp. 193–238). Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Borkovec T. D., Sharpless B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present // S. C. Hayes, V. M. Folette, M. M. Linehan (Eds). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209–243). New York: Guilford.

Borys D. S. (1994). Maintaining therapeutic boundaries: The motive is therapeutic effectiveness, not defensive practice. *Ethics and Behavior, 4,* 267–273.

Bouton M. E. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learning and Memory, 11,* 485–494.

Bouton M. E., Westbrook R. F., Corcoran K. A., Maren S. (2006). Contextual and temporary modulation of extinction: Behavioral and biological mechanisms. *Biological Psychiatry, 60,* 352–360.

Bowlby J. (1982). *Attachment* (2nd ed., Vol. 1). New York: Basic Books (Original work published in 1969).

Bowman E. (2006). Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29* (1), 185–211.

Bowman E. S., Markand O. N. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry, 153,* 57–63.

Brady K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry, 58* (Suppl. 9), 12–15.

Brady K. T., Killeen T. K., Brewerton T., Lucerini S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61* (Suppl. 7), 22–32.

Brand B., Classen C., Lanius R., Loewenstein R., McNary S., Pain C. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1,* 153–171.

Brand B. L., Armstrong J. G., Loewenstein R. J. (2006). Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29,* 145–168.

Braude S. E. (1995). *First person plural: Multiple personality and the philosophy of mind* (rev. ed.). London–New York: Routledge.

Braun B. G. (1984). The transgenerational incidence of dissociation and multiple personality disorder; A preliminary report // R. P. Kluft (Ed.). *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 127–150). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Braun B. G. (1986). Introduction. In B. G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. xi–xxi). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Braun B. G. (1990). Dissociative disorders as sequelae to incest // R. P. Kluft (Ed.). *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 227–245). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bremner J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma: Where do we go from here? *American Journal of Psychiatry, 156,* 349–351.

Bremner J., Southwick S., Darnell A., Charney D. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry, 153,* 369–375.

Bremner J. D., Southwick S. M., Brett E., Fontana A., Rosenheck R., Charney D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry, 149,* 328–332.

Bremner J. D., Southwick S. M., Johnson D. R., Yehuda R., Charney D. (1993). Childhood physical abuse in combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150,* 235–239.

Bremner J. D., Steinberg M., Southwick S. M., Johnson D. R., Charney D. S. (1993). Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1011–1014.

Bremner J. D., Vermetten E., Southwick S. M., Krystal J. H., Charney D. S. (1998). Trauma, memory, and dissociation: An integrative formulation // J. D. Bremner, C. R. Marmar (Eds). *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 365–402). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Breslau N., Davis G. C., Andreski P., Peterson E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48,* 216–222.

Breslau N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry, 62* (Suppl. 17), 16–22.

Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., Peterson E. L., Lucia V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychology and Medicine, 29,* 813–821.

Breslau N., Davis G., Andreski P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry, 152,* 529–504.

Brett E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder // B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 117–128). New York: Guilford.

Brett E. A., Ostroff R. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry, 142,* 417–424.

Breuer J., Freud S. (1955a). Studies on hysteria // J. Struchey (Ed. & trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2). London: Hogarth Press. (Original work published in 1893–1895).

Breuer J., Freud S. (1955b). On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication // J. Strachey (Ed. & trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 3–17). London: Hogarth Press. (Original work published in 1893).

Brewin C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 39,* 373–393.

Brewin C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.

Brewin C. R. (2005a). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 53–62.

Brewin C. R. (2005b, November). "Voices" in PTSD: A window of identity. *Proceedings of the 21st Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies,* p. 79. Toronto, Canada.

Brewin C. R., Andrews B., Rose S., Kirk M. (1999). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry, 156,* 360–366.

Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 748–766.

Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress. *Psychological Review, 103,* 670–686.

Brewin C. R., Holmes E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23,* 339–376.

Brewin C. R., Smart L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36,* 61–68.

Bridges N. A. (1999). Psychodynamic perspective on therapeutic boundaries: Creative clinical possibilities. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 8,* 292–300.

Briere J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states.* Washington, DC: American Psychological Press.

Briere J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Briere J., Scott C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Briere J., Spinazzola J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 401–412.

Brodsky B. S., Cloitre M., Dulit R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1788–1792.

Brown D., Fromm E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Brown D., Scheflin A. W., Hammond D. C. (1998). *Memory, trauma treatment and the law.* New York: Norton.

Brown L., Russell J., Thornton C., Dunn S. (1999). Dissociation, abuse and the eating disorders: Evidence from an Australian population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 33,* 521–528.
Brown R. J., Schrag A., Trimble M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry, 162,* 899–905.
Brown R., Cardeña E., Nijenhuis E., Şar V., Van der Hart O. (2007). Should conversion disorder be re-classified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics, 48,* 369–378.
Brown W. (1919). War neuroses: A comparison of early cases seen in the field with those seen at the base. *Lancet, ii,* 833–836.
Brunet A., Weiss D. S., Metzler T. J., Best S. R., Neylan T. C., Rogers C. et al. (2001). The peritraumatic distress inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1480–1485.
Bryant R. A., Harvey A. G. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association.
Bryant R. A., Panasetis P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behavioural Research and Therapy, 39,* 961–966.
Bucci W. (2003). Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of William. *Psychoanalytic Psychology, Vol. 20, 3,* 542–557.
Buchheim A., Strauss B., Kachele H. (2002). The differential relevance of attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapy & Psychosomatic Medical Psychology, 52,* 128–133.
Buckley T. C., Blanchard E. B., Hickling E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behavior, Research, and Therapy, 36,* 1091–1099.
Buckley T. C., Blanchard E. B., Neill W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 20,* 1041–1065.
Burney J., Irwin H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology, 56,* 51–61.
Buss D. M. (2004). *Evolutionary psychology: The new science of the mind* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
Buss D. M. (2005). *The handbook of evolutionary psychology.* Hoboken: Wiley.
Butler L. D., Duran R. E. F., Jasiukaitis P., Koopman C., Spiegel D. (1996). Hypnotizability and traumatic experiences: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry, 153* (Festschrift Suppl.), 42–63.
Butler R. W., Mueser K. T., Spock J., Braff D. L. (1996). Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 39,* 839–844.
Butzel J. S., Talbot N. L., Duberstein P. R., Houghtalen R. P., Cox C., Giles D. E. (2000). The relationship between traumatic events and dissociation among women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188,* 547–549.
Caffo E., Belaise C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12,* 493–535.

Caissy G. (1998). *Unlock the fear: How to open yourself up to face and accept change.* New York: Insight Books.

Cameron C. (2000). *Resolving childhood trauma: A long-term study of abuse survivors.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Cardeña E. (1994). The domain of dissociation // S. J. Lynn, J. W. Rhue (Eds). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York: Guilford.

Cardeña E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 225–238.

Cardeña E., Spiegel D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry, 150,* 474–478.

Cardeña E., Maldonado J. R., Van der Hart O., Spiegel D. (2009a). Hypnosis // E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, J. A. Cohen (Eds). *Effective treatments for PTSD* (pp. 427–457). New York: Guilford Press.

Cardeña E., Maldonado J. R., Van der Hart O., Spiegel D. (2009b). Hypnosis [Treatment guidelines] // E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, J. A. Cohen (Eds). *Effective treatments for PTSD* (pp. 592–505). New York: Guilford Press.

Carlson E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development, 69,* 1107–1128.

Carlson E. B. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences scale // D. Spiegel (Ed.). *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 41–58). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Carlson E. B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide.* New York. Guilford.

Carlson E. B., Dalenberg C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, and Abuse, 1,* 4–28.

Carlson E. B., Putnam F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences scale. *Dissociation, 6,* 16–27.

Carlson E. B., Putnam F. W., Ross C. A., Torem M., Coons P. M., Dill D. L., Loewenstein R. J., Braun B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1030–1036.

Carrion V. G., Steiner H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 353–359.

Carruthers P., Smith P. K. (Eds) (1996). *Theories of theories of mind.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Carver C. S., Scheier M. F. (2000). Scaling back goals and recalibration of the affect system are processes in normal adaptive self-regulation: Understanding "response shift" phenomena. *Social Science and Medicine, 50,* 1715–1722.

Carver C. S., Sutton S. K., Scheier M. F. (2000). Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26,* 741–751.

Cassidy J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relations // N. A. Fox (Ed.). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations* (Vol. 59, pp. 228–249). Chicago: University of Chicago Press.

Cassidy J. (1999). The nature of the child's ties // J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3–20). New York: Guilford.

Cattell J.P., Cattell J.S. (1974). Depersonalization: Psychological and social perspectives // S. Arieti (Ed.). *American Handbook of Psychiatry* (2nd ed., pp. 766–799). New York: Basic Books.

Charcot J.M. (1889). *Clinical lectures on diseases of the nervous system.* London: New Sydenham Society.

Chefetz R.A. (2000). Affect dysregulation as a way of life. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 28,* 289–303.

Chemtob C.M., Tolin D.F., Van der Kolk B.A., Pitman R.K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing // E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman (Eds). *Effective treatments for PTSD* (pp. 139–154). New York: Guilford.

Christianson S.A. (1992). Emotional stress and eye-witness memory: A critical review. *Psychological Bulletin, 112,* 284–309.

Chu J.A. (1988a). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Dissociation, 1* (4), 24–32.

Chu J.A. (1988b). Some aspects of resistance in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation, 1* (2), 34–38.

Chu J.A. (1998a). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders.* New York: Wiley.

Chu J.A. (1998b). Dissociative symptomatology in adult patients with histories of childhood physical and sexual abuse // J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds). *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 179–203). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Chu J.A., Dill D.L. (1990). Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *American Journal of Psychiatry, 148,* 812.

Chu J.A., Frey L.M., Ganzel B.L., Matthews J.A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry, 156,* 749–763.

Classen C., Cheryl K., Hales R., Spiegel D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155,* 620–624.

Cloete S. (1972). *A Victorian son: An autobiography.* London: Collins.

Clohessy S., Ehlers A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology, 38,* 251–265.

Cloitre M., Chase Stovall-McClough K., Miranda R., Chemtob C.M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 411–416.

Cloitre M., Koenen K., Cohen L., Han H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1067–1074.

Cohen J.A., Perel J.M., De Bellis M.D., Friedman M.J., Putnam F.W. (2002). Treating traumatized children: Clinical implications of the psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal, 3,* 91–108.

Comstock C. M. (1991). The inner self helper and concepts of inner guidance: Historical antecendents, its role within dissociation, and clinical utilization. *Dissociation, 4,* 165–177.

Conlon L., Fahy T. J., Conroy R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research, 46,* 37–44.

Coons P. M. (1984). Children of parents with multiple personality disorder // R. P. Kluft (Ed.). *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 151–165). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Coons P. M. (1992). Dissociative disorder not otherwise specified: A clinical investigation of 50 cases with suggestions for typology and treatment. *Dissociation, 5* (4), 187–196.

Coons P. M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182,* 461–464.

Coons P. M. (1996). Depersonalization and derealization // L. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 291–605). New York: Plenum Press.

Coons P. M., Bowman E. S. (2001). Ten-year follow-up study of patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation, 2* (1), 73–89.

Coons P. M., Milstein V. (1992). Psychogenic amnesia: A clinical investigation of 25 cases. *Dissociation, 4,* 73–79.

Cosmides L., Tooby J. (1992). Cognitive adaptations for social change // J. Barkow, L. Cosmides, J. Tooby (Eds). *The adaptive mind* (pp. 162–228). New York: Oxford University Press.

Courtois C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy.* New York: Norton.

Courtois C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines.* New York: Norton.

Courtois C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 41,* 412–425.

Crabtree A. (1993). *From Mesmer to Freud: Magnetic sleep and the roots of psychological healing.* New Haven, CT: Yale University Press.

Craine L. S., Henson C. E., Colliver J. A., MacLean D. G. (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital & Community Psychiatry, 39,* 300–304.

Crocq L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre* [Psychological trauma of war]. Paris: Editions Odile Jacob.

Culpin M. (1931). *Recent advances in the study of the psychoneuroses.* Philadelphia: P. Blakiston's Son.

Dalenberg C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma.* Washington, DC: American Psychological Association.

Damasio A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness.* Orlando, FL: Harcourt Brace.

Darves-Bornoz J. M., Degiovanni A., Gaillard P. (1999). Validation of a French version of the Dissociative Experiences scale in a rape-victim population. *Canadian Journal of Psychiatry, 44,* 271–275.

Darves-Bornoz J. M., Delmotte I., Benhamou P., Degiovanni A., Gaillard P. (1996). Syndrome secondaire à un stress traumatique (PTSD) et conduites addictives [Syndrome secondary to post-traumatic stress disorder and addictive behaviors]. *Annales Médico-Psychologiques, 154,* 190–194.

Darves-Bornoz J. M., Lépine J. P., Choquet M., Berger C., Degiovanni A., Gaillard P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry, 13,* 281–287.

David D., Kutcher G. S., Jackson E. I., Mellman T. A. (1999). Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60,* 29–32.

Davies J. M., Frawley M. G. (1994). *The psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse.* New York: Basic Books.

Davies M. I., Clark D. M. (1998). Thought suppression produced a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour, Research, and Therapy, 36,* 571–582.

Delbo C. (1985). *La mémoire et les jours* [Days and memory]. Paris: Berg International.

Dell P. F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186,* 352–356.

Dell P. F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190,* 10–15.

Dell P. F. (2006a). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29,* 1–26.

Dell P. F. (2006b). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 7* (2), 77–106.

De Montaigne M. (1993). *Michel de Montaigne: The complete essays* (trans. M. A. Screech). New York: Penguin Books.

Dickinson L. M., DeGruy F. V., Dickinson P., Candib L. (1999). Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine, 8,* 35–43.

Donovan B. S., Padin-Rivera E., Dowd T., Blake D. D. (1996). Childhood factors and war zone stress in chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 9,* 361–368.

Donovan B. S., Padin-Rivera E., Kowaliw S. (2001). "Transcend": Initial outcomes from a post traumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 14,* 757–772.

Draijer N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd: Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten* [Sexual traumatization in childhood: Long-term sequelae of sexual abuse of girls by relatives]. Amsterdam: SUA.

Draijer N., Boon S. (1993). Trauma, dissociation, and dissociative disorders // S. Boon, N. Draijer (Eds). *Multiple personality in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis* (pp. 177–193). Amsterdam–Lisse: Swets & Zeitlinger.

Draijer N., Boon S. (1999). The imitation of dissociative identity disorder: Patients at risk, therapists at risk. *Journal of Psychiatry & Law, 11,* 301–322.

Draijer N., Langeland W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 156,* 379–385.

Drever J. (1952). *Penguin dictionary of psychology.* Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.

Driessen M., Beblo T., Reddemann L., Rau H., Lange W., Silva A. et al. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? [Is borderline personality disorder a complex posttraumatic disorder?]. *Nervenartz, 73,* 820–829.

Dube S. R., Anda R. F., Felitti V. J., Chapman D. P., Williamson D. F., Giles W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association, 286,* 3089–3096.

Dube S. R., Felitti V. J., Dong M., Chapman D. P., Giles W. H., Anda R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics, 111* (3), 564–572.

Dube S. R., Felitti V. J., Dong M., Giles W. H., Anda R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine, 37,* 268–277.

Dutton M. A., Burghardt K. J., Perrin S. G., Chrestman K. R., Halle P. M. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress, 7,* 237–255.

Edelman G. M. (1989). *Bright air, brilliant fire: On the matter of the mind.* New York: Basic Books.

Edelman G. M., Tononi G. (2000). *A universe of consciousness: How matter becomes imagination.* New York: Basic Books.

Ehlers A., Mayou R. A., Bryant B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior, Research, and Therapy, 41,* 1–10.

Ehling T., Nijenhuis E. R. S., Krikke A. P. (November, 2003). *Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls.* Presentation at the 20th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Chicago, IL.

Ehling T., Nijenhuis E. R. S., Krikke A. P. (2008). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: Preliminary findings. *Progress in Brain Research, 167,* 307–310.

El-Hage W., Darves-Bornoz J.-M., Allilaire J.-F., Gaillard P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation, 3* (3), 59–73.

Ellason J. W., Ross C. A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: A comparative analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183,* 236–241.

Ellason J. W., Ross C. A., Fuchs D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry, 59,* 255–266.

Ellenberger H. F. (1970). *The discovery of the unconscious.* New York: Basic Books.

Elliott D., Guy J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 83–89

Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle-Stuart.

Ellis G. F. R. (2005). *Physics and the real world.* Paper presented at Science and Religion: Global perspectives. Philadelphia: Metanexus Institute, http://www.metanexus.net.

Ellis G. F. R., Toronchuk J. (2005). Affective neural Darwinism // R. D. Ellis, N. Newton (Eds). *Consciousness and emotion: Agency, conscious choice, and selective perception* (pp. 81–119). Amsterdam: John Benjamins.

Emily J. O., Best S. R., Lipsey T. L., Weiss D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129,* 52–73.

Engelhard I. M., Arntz A. (2005). The fallacy of ex-consequentia reasoning and the persistence of PTSD. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 36,* 35–42.

Epstein R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the therapeutic process.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Epstein S. (Ed.) (1991). *The self concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality* (Vol. 3). London: Jessica Kingsley Publishers.

Erickson M. H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis.* Ed. by E. L. Rossi (Vol. 1–4). New York: Irvington.

Espirito Santo H. A., Pio Abreu J. L. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: Exploring the differences through Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psyquiatria, 29,* 354–358.

Eulenberg A. (1878). *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* [Textbook of nervous disorders]. Berlin: August Hirschwald.

Fallot R., Harris M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM). *Community Mental Health Journal, 38,* 475–485.

Fanselow M. S., Lester L. S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior // R. C. Bolles, M. D. Beecher (Eds). *Evolution and learning* (pp. 185–212). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Feeny N. C., Zoellner L. A., Foa E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: A preliminary examination. *Journal of Personality Disorders, 16,* 30–40.

Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death of adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14,* 245–258.

Ferenczi S. (1919). Die Psychoanalyse der Kriegsneurose [Psychoanalysis of war neuroses] n. // S. Freud et al. *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen* [Psychoanalysis of war neuroses] (pp. 9–30). Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Ferenczi S. (1926). *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis.* London: Hogarth Press.

Ferenczi S. (1949). Confusion of tongues between adults and the child. *International Journal of Psychoanalysis, 30,* 225–231.

Ferenczi S. (1988). *The clinical diary of Sándor Ferenczi* (J. Dupont, Ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Figley C. R. (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans.* New York: Brunner/Mazel.
Figley C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Philadelphia: Brunner/Mazel.
Fine C. G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder // R. P. Kluft, C. G. Fine (Eds). *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 135–154). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Fine C. G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy, 53,* 361–376.
Fine C. G., Berkowitz A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis, 43,* 275–290.
Fine C. G., Comstock C. M. (November, 1989). *The completion of cognitive schemata and affective realms through the temporary blending of personalities.* Paper Presented at the Fifth International Conference on Multiple Personality/Disssociative States, Chicago, IL.
Firestone R. W., Catlett J. (1999). *Fear of intimacy.* Washington, DC: American Psychological Association.
Foa E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 67* [Suppl. 2], 40–45.
Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen A. (Eds) (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies,* 2nd ed. New York: Guilford.
Foa E. B., Rothbaum B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral treatment for PTSD.* New York: Guilford.
Foa E. B., Zinbarg R., Rothbaum B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin, 112,* 218–238.
Follette V. M., Ruzek J., Abueg F. R. (Eds) (1998). *Cognitive-behavioral therapies for trauma.* New York: Guilford.
Fonagy P. M. (1997). Multiple voices vs meta-cognition: An attachment theory perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 7,* 181–194.
Fonagy P. M., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York: Other Press.
Fonagy P., Target M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis, 77,* 217–233.
Fonagy P., Target M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Developmental Psychopathology, 9,* 679–700.
Ford J. (1999). Disorder of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 3–12.
Ford J. D., Courtois C. A., Steele K., Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 437–448.

Ford J. D., Kidd P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 743–761.

Ford J. D., Racusin R., Ellis C. G., Daviss W. B., Reiser J., Fleischer A., Thomas J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5,* 205–217.

Ford J. D., Russo E. (2006). A trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction: Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy: 60,* 335–355..

Forgash C., Copeley M. (Eds) (2007). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy.* New York: Springer.

Fosha D. (2000). *The transforming power of affect: A model of accelerated change.* New York: Basic Books.

Fosha D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology, 57,* 227–242.

Fraser G. A. (1991). The dissociation table technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Dissociation, 4,* 205–213.

Fraser G. A. (2003). Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation, 4* (4), 5–28.

Fraser S. (1987). *My father's house: A memoir of incest and of healing.* Toronto: Doubleday Canada.

Freeman L., Power M. J. (2005). *Handbook of evidence-based psychotherapy.* New York: Wiley.

Freyd J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood trauma.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Frijda N. (1986). *The emotions.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Fromm E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 2,* 127–133.

Fuster J. M. (1997). *The prefrontal cortex: Anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe.* Philadelphia: Lippincott – Raven.

Fuster J. M. (2003). *Cortex and mind: Unifying cognition.* New York: Oxford University Press.

Gabbard G. O., Lester E. P. (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis.* New York: Basic Books.

Gallese V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology, 36,* 171–180.

Gallese V., Keysers C., Rizzolatti G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Science, 8,* 396–403.

Galloucis M., Silverman M. S., Francek H. M. (2000). The impact of trauma exposure on the cognitive schemas of a sample of paramedics. *International Journal of Emergency Mental Health, 2,* 5–18.

Garbarini F., Adenzato M. (2004). At the root of embodied cognition: Cognitive science meets neurophysiology. *Brain and Cognition, 56,* 100–106.

Garcia J., Forthman-Quick D., White B. (1984). Conditioned disgust and fear from mollusk to monkey // D. L. Alkon, J. Farley (Eds). *Primary neural substrates of learning and behavioral change* (pp. 47–61). New York: Cambridge University Press.

Gelinas D. J. (1983). The persisting negative effects of incest. *American Journal of Psychiatry, 46,* 312–332.

Gelinas D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation, 4* (3), 91–135.

Gershuny B. S., Thayer J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review, 19,* 631–657.

Gilbert P. (1989). *Human nature and suffering.* London: Lawrence Erlbaum Associates.

Gilbert P. (2000). The relationship of shame, social anxiety, and depression: The role of evaluation and social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7,* 174–189.

Gilbert P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America, 24* (4), 723–751.

Gilbert P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications // P. Gilbert, J. N. V. Miles (Eds). *Body shame: Conceptualization, research & treatment* (pp. 3–54). Hove: Brunner Routledge.

Gilbert P., Gerlsma C. (1999). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology, 38,* 357–373.

Glaser D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41,* 97–116.

Gleaves D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder. *Psychological Bulletin, 120,* 42–59.

Gold S. N. (2000). *Not trauma alone.* Philadelphia: Brunner–Routledge.

Goldstein A. J., Chambless D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9,* 47–59.

Golier J. A., Yehuda R., Lupien S. J., Harvey P. D., Grossman R., Elkin A. (2002). Memory performance in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1682–1688.

Golier J. A., Yehuda R., Schmeidler J., Siever L. J. (2001). Variability and severity of depression and anxiety in post traumatic stress disorder and major depressive disorder. *Depression and Anxiety, 13,* 97–100.

Golynkina K., Ryle A. (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology, 72,* 429–445.

Goodman L., Peters J. (1995). Persecutory alters and ego states: Protectors, friends, and allies. *Dissociation, 8,* 91–99.

Goodman L. A., Rosenberg S. D., Mueser K. T., Drake R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin, 23,* 685–696.

Goodman L. A., Thompson K., Weinfurt K., Corl S., Acker P., Mueser K. T. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among

men and women with serious mental illness. *Journal of Tramatic Stress, 12,* 587–599.

Goodwin J., Attias R. (1999). Conversations with the body: Psychotherapeutic approaches to body image and body ego // J. M. Goodwin, R. Attias (Eds). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 167–182). New York: Basic Books.

Gould J. L. (1982). *Ethology: The mechanisms and evolution of behavior.* New York: Norton.

Graham C., Thavasotby R. (1995). Dissociative psychosis: An atypical presentation and response to cognitive-analytic therapy. *Irish Journal of Psychological Medicine, 12,* 109–111.

Grey N., Holmes E., Brewin C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot-spots" in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29,* 367–372.

Grieger T. A., Staab J. P., Cardeña E., McCarroll J. E., Brandt G. T., Fullerton C. S., Ursano R. I. (2000). Acute stress disorder and subsequent post-traumatic stress disorder in a group of exposed disaster workers. *Depression & Anxiety, 11,* 183–184.

Grigsby J., Stevens D. (2000). *Neurodynamics of personality.* New York: Guilford.

Gunderson J. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry, 153,* 752–758.

Gunderson J. G., Sabo A. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150,* 19–27.

Guralnik O., Schmeidler J., Simeon, D. (2000). Feeling unreal: Cognitive processes in depersonalization. *American Journal of Psychiatry, 157,* 103–109.

Haaland V. Ø., Landrø N. I. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119,* 383–392.

Hahn W. K. (2004). The role of shame in negative therapeutic reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41,* 3–12.

Haley J. (1963). *Strategies of psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Hammond D. C. (Ed.) (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors.* New York: Norton.

Hammond D. C., Cheek D. B. (1988). Ideomotor signaling: A method for rapid unconscious exploration // D. C. Hammond (Ed.). *Hypnotic induction and suggestion: An introductory manual* (pp. 90–97). Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.

Hamner M. B., Frueh B. C., Ulmer H. G., Huber M. G., Twomey T. J., Tyson C. et al. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: Comparative severity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188,* 217–221.

Hamner M. B., Frueh B. C., Ulmer H. G., Arana G. W. (1999). Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 45,* 846–852.

Harter S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective.* New York: Guilford.

Harvey A. G., Bryant R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 507–512.

Harvey A. G., Bryant R. A. (1999a). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology, 38,* 401–405.

Harvey A. G., Bryant R. A. (1999b). Dissociative symptoms in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 12,* 673–680.

Haugen M. C., Castillo R. J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187,* 751–754.

Hayes S. C., Wilson K. G., Gifford E. V., Folette V. M., Strohsahl K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1152–1168.

Hayes S. C., Folette V. M., Linehan M. M. (Eds) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford.

Hayes S. C., Luoma J. B., Bond F. W., Masuda A., Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy, 44,* 1–25.

Hedges L. E. (1997). Surviving the transference psychosis // L. E. Hedges, R. Hilton, V. W. Hilton, O. B. Caudill Jr. (Eds). *Therapists at risk: Perils of the intimacy of the therapeutic relationship* (pp. 109–145). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Heim G., Bühler K. E. (2003). Les idées fixes et la psychologie de l'action de Pierre Janet. [Fixed ideas and Pierre Janet's action psychology] *Annales M dico Psychologiques, 161,* 579–586.

Henry D. L. (2001). Resilient children: What they tell us about coping with maltreatment. *Social Work in Health Care, 34,* 283–298.

Herman J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress 5,* 377–392.

Herman J. L. (1992b). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Herman J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS) // J. R. T. Davidson, E. B. Foa (Eds). *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213–228). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Herman J. L., Perry J. C., Van der Kolk B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490–495.

Hermans E. J., Nijenhuis E. R. S., Van Honk J., Huntjens R., Van der Hart O. (2006). State dependent attentional bias for facial threat in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research, 141,* 233–236.

Hesse E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspective // J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395–433). New York: Guilford.

Hilgard E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action.* New York: Wiley.

Hillis S. D., Anda R. F., Dube S. R., Felitti V. J., Marchbanks P. A., Marks J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics, 113,* 320–327.

Holbrook T. L., Hoyt D. B., Stein M. B., Sieber W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: Risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma Injury, Infection & Critical Care, 51,* 287–293.

Holbrook T. L., Hoyt D. B., Stein M. B., Sieber W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: Women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma, 53,* 882–888.

Hollender M. H., Hirsch S. J. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry, 120,* 1066–1074.

Holmes J. (1991). Psychotherapy 2000: Some predictions for the coming decade. *British Journal of Psychiatry, 159,* 149–155.

Holmes E. A., Brown R. J., Mansell W., Fearon R. P., Hunter E. C., Frasquilho F., Oakley D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review, 25,* 1–23.

Holowka D. W., King S., Saheb D., Pukall M., Brunet A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research, 60,* 87–90.

Horner A. J. (2005). *Dealing with resistance in psychotherapy.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Horevitz R., Loewenstein R. J. (1994). The rational treatment of multiple personality disorder // S. J. Lynn, J. W. Rhue (Eds). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 289–316). New York: Guilford.

Hornstein N. L., Putnam F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 1077–1085.

Horowitz M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Howell E. (2005). *The dissociative mind.* Mahwah, NJ: Analytic Press.

Huber M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten: Überlebenden extremer Gewalt* [Multiple personalities: Survivors of extreme violence]. Frankfurt: Fischer.

Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2* [Trauma treatment: Trauma and trauma treatment, Part 2]. Paderborn, Germany: Junfermann Verlag.

Hunter M., Struve J. (1998). *The ethical use of touch in psychotherapy.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Hurley S. L. (1998). *Consciousness in action.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ide N., Paez A. (2000). Complex PTSD: A review of current issues. *International Journal of Emergency Mental Health, 2,* 43–49.

International Society for the Study of Dissociation (2005). [Chu J. A., Loewenstein R., Dell P. F., Barach P. M., Somer E., Kluft R. P., Gelinas D. J., Van der Hart O., Dalenberg C. J., Nijenhuis E. R. S., Bowman E. S., Boon S., Goodwin J., Jacobson M., Ross C. A., Şar V., Fine C. G., Frankel A. S., Coons P. M., Courtois C. A., Gold S. N., Howell E.] Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation, 6* (4), 69–149.

Irwin H. J. (1996). Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child Abuse & Neglect, 20,* 701–707.

Irwin H. J. (1998). Affective predictors of dissociation. II: Shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology, 54,* 237–245.
Irwin H. J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology, 133,* 157–164.
Izquierdo I., Cammarota M., Vianna M. M., Bevilaqua L. R. (2004). The inhibition of acquired fear. *Neurotoxicity Research, 6,* 175–188.
Jackson J. H. (1931–1932). *Selected writings of John Hughlings Jackson* (Vol. 1–2). London: Milford.
Janet P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques [Systematic anesthesia and the dissociation of psychological phenomena] // P. Janet. *Premiers écrits psychologiques* [First psychological writings] (pp. 87–112) (ed. by S. Nicolas). Paris: L'Harmattan (Original work published in 1887).
Janet P. (1889). *L'automatisme psychologique* [Psychological automatism]. Paris: Félix Alcan.
Janet P. (1898a). *Névroses et idées fixes,* Vol. 1 [Neuroses and fixed ideas]. Paris: Félix Alcan.
Janet P. (1898b). Un cas de possession et l'exorcisme moderne [A case of possession and modern exorcism] // P. Janet (1898). *Névroses et idées fixes,* Vol. 1 [Neuroses and fixed ideas] (pp. 375–406). Paris: Félix Alcan (Original work published in 1894–1895).
Janet P. (1898c). Histoire d'une idée fixe [History of a fixed idea] // P. Janet. *Névroses et idées fixes* [Neuroses and fixed ideas], Vol. 1. Paris: Félix Alcan (Original work published in 1894).
Janet P. (1898d). L'amnésie continue [Continuous amnesia] // P. Janet. *Névroses et idées fixes* [Neuroses and fixed ideas], Vol. 1 (pp. 109–155). Paris: Félix Alcan (Original work published in 1893).
Janet P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie* [Obsessions and psychasthenia], Vol. 1. Paris: Félix Alcan.
Janet P. (1907). *The major symptoms of hysteria.* London–New York: Macmillan.
Janet P. (1909a). Problèmes psychologiques de l'émotion [Psychological problems of emotion]. *Revue Neurologique, 17,* 1551–1687.
Janet P. (1909b). *Les névroses* [The neuroses]. Paris: E. Flammarion.
Janet P. (1910–1911). Les problèmes de la suggestion [The problems of suggestion]. *Medizinische Psychologie und Psychotherapie* [Medical Psychology and Psychotherapy], *17,* 323–343.
Janet P. (1921–1922). La tension psychologique, ses degrés, ses oscillations. [Psychological tension, its degrees, its oscillations] *British Journal of Psychology, Medical Section, 1,* 1–15, 144–164, 209–224.
Janet P. (1922). The fear of action. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 16,* 150–160.
Janet P. (1925). *Psychological healing.* New York: Macmillan (Original work published as *Les médications psychologiques* (1919). Paris: Félix Alcan).
Janet P. (1926a). *Les stades de l'évolution psychologique et le rôle de la faiblesse dans le fonctionnement de l'esprit* [Stages of psychological evolution and the role of weakness in the functioning of the mind]. Paris: A. Chahine.

Janet P. (1926b). *De l'angoisse à l'extase,* Vol. 1, *Un délire religieux, La croyance* [From agony to ecstasy, Vol. 1, A religious delirium, belief]. Paris: Félix Alcan.

Janet P. (1927). *La pensée intérieure et ses troubles* [Inner thought and its troubles]. Paris: A. Chahine.

Janet P. (1928a). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps* [The evolution of memory and of the notion of time]. Paris: A. Chahine.

Janet P. (1928b). *De l'angoisse à l'extase,* Vol. 2, *Les sentiments fondamentaux* [From agony to ecstasy, Vol. 2, The fundamental feelings]. Paris: Félix Alcan.

Janet P. (1929a). *L'évolution psychologique de la personnalité* [The psychological evolution of the personality]. Paris: A. Chahine.

Janet P. (1929b). Les sentiments régulations de l'action [The regulating feelings of action]. *Bulletin de la Société Française de Philosophie, 29,* 73–103.

Janet P. (1932a). On memories which are too real // C. MacFie Campbell (Ed.). *Problems of personality* (pp. 141–150). New York: Harcourt, Brace, and Company.

Janet P. (1932b). *La force et la faiblesse psychologiques* [Psychological strength and weakness]. Paris: N. Maloine.

Janet P. (1932c). *L'amour et la haine* [Love and hate]. Paris: N. Maloine.

Janet P. (1934). *La tension psychologique et ses oscillations* [Psychological tension and its oscillations] // G. Dumas (Ed.). *Nouveau traité de psychologie* [New textbook of psychology] (pp. 386–411). Paris: Félix Alcan.

Janet P. (1935a). Réalisation et interprétation [Realization and interpretation]. *Annales Médico-Psychologiques, 93,* 329–366.

Janet P. (1935b). *Les débuts de l'intelligence* [The beginnings of intelligence]. Paris: Flammarion.

Janet P. (1936). *L'intelligence avant le language* [Intelligence before language]. Paris: Flammarion.

Janet P. (1937). Psychological strength and weakness in mental diseases // R. K. Merton (Ed.). *Factors determining human behavior* (pp. 64–106). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Janet P. (1938). La psychologie de la conduite [The psychology of action] // H. Wallon (Ed.). *Encyclopédie Française* [The French encyclopedia] (pp. 808–11–808-16). Paris: Société de Gestion de l'Encyclopédie Française.

Janet P. (1945). La croyance délirante [Delirious beliefs]. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 4,* 173–187.

Janet P. (1977). *The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents* (ed. and with prefaces by D. N. Robinson). Washington, DC: University Publications of America (Original work published in 1901).

Janet P. (1983a). *L'état mental des hystériques* [The mental state of hystericals], 2nd ed. Marseille: Lafitte (Original work published in 1911).

Janet P. (1983b). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion [Amnesia and the dissociation of memories by emotion] // P. Janet. *L'état mental des hystériques* [The mental state of hystericals], 2nd ed. (pp. 506–544). Marseille: Lafitte (Original work published in 1904).

Janet P. (1983c). Le traitement psychologique de l'hystérie [Psychological treatment of hysteria] // P. Janet (1911). *L'état mental des hystériques* [The mental state of

hysterícals], 2nd ed. (pp. 619–688). Marseille: Lafitte (Original work published in 1898/1911).

Jang K. L., Stein M. B., Taylor S., Asmundson G. J., Livesley W. J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: Aetiological relationships with personality function. *Psychiatry Research, 120,* 61–69.

Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered assumptions: Towards as new psychology of trauma.* New York: The Free Press.

Janssen I., Krabbendam L., Hanssen M., Bak M., Vollebergh W., De Graaf R. et al. (2005). Are apparent associations between parental representations and psychosis risk mediated by early trauma? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112,* 372–375.

Jenkins M. A., Langlais P. J., Delis D. A., Cohen R. A. (2000). Attentional dysfunction associated with posttraumatic stress disorder among rape survivors. *Clinical Neuropsychology, 14,* 7–12.

Johnson D. M., Pike J. L., Chard K. M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 25,* 179–198.

Johnston C., Dorahy M. J., Courtney D., Batles T., O'Kane M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40,* 248–255.

Joseph B. (1975). The patient who is difficult to reach // P. L. Giovacchini (Ed.). *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy:* Vol. 2. *Countertransference* (pp. 205–216). New York: Jason Aronson.

Kardiner A. (1941). *The traumatic neuroses of war.* New York: Hoeber.

Kardiner A., Spiegel H. (1947). *War stress and neurotic illness.* New York: Hoeber.

Karl A., Schaefer M., Malta L. S., Dorfel D., Rohleder N., Werner A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30,* 1004–1031.

Kellerman N. P. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors: A review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 38,* 36–46.

Kellogg N. D., Hoffman T. J. (1997). Child sexual revictimization by multiple perpetrators. *Child Abuse & Neglect, 21,* 953–964.

Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1048–1060.

Keysers C., Perrett, D. I. (2004). Demystifying social cognition: A Hebbian perspective. *Trends in Cognitive Science, 8,* 501–507.

Keysers C., Wicker B., Gazzola V., Anton J. L., Fogassi L., Gallese V. (2004). A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron, 42,* 335–346.

Kihlstrom J. F. (1992). Dissociation and conversion disorders // D. J. Stein, J. E. Young (Eds). *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 247–270). San Diego, CA: Academic Press.

Kinsler P. J. (1992). The centrality of the therapeutic relationship: What's *not* being said. *Dissociation, 5,* 166–170.

Kirshner L. A. (1973). Dissociative reactions: An historical review and clinical study. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 49,* 698–711.
Kleber R. J., Brom D. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment.* Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
Kluft R. P. (1982). Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis, 24,* 230–240.
Kluft R. P. (1984). An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals, 14,* 19–24.
Kluft R. P. (1985). The natural history of multiple personality disorder // R. P. Kluft (Ed.). *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 197–238). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Kluft R. P. (1987a). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 293–298.
Kluft R. P. (1987b). The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 30,* 104–118.
Kluft, R. P. (1988). The dissociative disorders // J. A. Talbot, R. E. Hale, S. C. Yudofsky (Eds). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 557–584). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Kluft R. P. (1989). Playing for time: Temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 90–98.
Kluft R. P. (1991). Multiple personality disorder // A. Tasman, S. M. Goldfinger (Eds). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 161–188). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Kluft R. P. (1992). Hypnosis with multiple personality disorder. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology, 3,* 19–27.
Kluft R. P. (1993a). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation, 6,* 145–161.
Kluft R. P. (1993b). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder // R. P. Kluft, C. G. Fine (Eds). *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 19–50). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Kluft R. P. (1993c). Clinical approaches to the integration of personalities // R. P. Kluft, C. G. Fine (Eds). *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101–133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Kluft R. P. (1994a). Countertransference in the treatment of multiple personality disorder // J. P. Wilson, J. D. Lindy (Eds). *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 122–150). New York: Guilford.
Kluft R. P. (1994b). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation, 7,* 63–76.
Kluft R. P. (1996a). Dissociative identity disorder // L. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 337–366). New York: Plenum Press.
Kluft R. P. (1996b). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry, 153* (Festschrift Suppl.), 103–110.
Kluft R. P. (1997). On the treatment of traumatic memories: Always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation, 10,* 80–90.

Kluft R. P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy, 53,* 289–319.

Kluft R. P. (2006). Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychatric Clinics of North America, 29,* 281–304.

Knipe J. (2007). Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety // C. Forgash, M. Copeley (Eds). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181–225). New York: Springer.

Kohut H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder.* New York: International Universities Press.

Kopelman M. D. (1987). Crime and amnesia: A review. *Behavioral Sciences and the Law, 5,* 323–342.

Koss M. P., Figueredo A. J., Prince R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Test of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 926–941.

Kowal J. (2005). QEEG comparisons of persons with and without DID. *Proceedings of the 22nd Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation,* p. 47. Toronto, November 6–8.

Krakauer S. Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart.* Philadephia: Brunner–Routledge.

Kramer N. A. (1990). Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. *Pediatric Nursing, 16,* 483–485.

Krinsley K. E., Gallagher J. G., Weathers F. W., Kaloupek D. G., Vielhauer M. (1997). *Reliability and validity of the Evaluation of Lifetime Stressors Questionnaire.* Unpublished manuscript.

Kroll J. (2001). Boundary violations: A culture-bound syndrome. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 29,* 274–283.

Krystal J. H., Bannett A., Bremner J. D., Southwick S. M., Charney D. S. (1996). Recent developments in the neurobiology of dissociation: Implications for posttraumatic stress disorder // L. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 163–190). New York: Plenum Press.

Krystal J. H., Bremner J. D., Southwick S. M., Charney D. S. (1998). The emerging neurobiology of dissociation: Implications for the treatment of posttraumatic stress disorder // J. D. Bremner, C. R. Marmar (Eds). *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 321–363). Washington DC: American Psychiatric Press.

Kubany E. S., Hill E. E., Owens J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress, 16,* 81–91.

Kuipers T. (1992). *Stille waters… over de meting en beoordeling van negatieve symptomen* [Still waters… on the measurement and evaluation of negative symptoms]. Utrecht, the Netherlands: Department of Medicine, Utrecht University.

Kuyk J. (1999). *Pseudo-epileptic seizures: Differential diagnosis and psychological characteristics.* Amsterdam: Vrije Universiteit.

Kuyk J., Spinhoven P., Van Emde Boas W., Van Dyck R. (1999). Dissociation in temporal lobe epilepsy and pseudo-epileptic seizure patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187,* 713–720.

Kundakci T., Şar V., Kiziltan E., Yargic L. I., Tutkun H. (1998). *The reliability and validity of the Turkish version of the SCID-D.* Paper presented at the 15th Annual Meeting of the International Society got the Study of Dissociation, Seattle.

Laddis A., Dell P. F., Cotton M., Fridley D. (2001, December 4). *A comparison of the dissociative experiences of patients with schizophrenia and patients with DID.* Presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation. New Orleans, LA.

Landau R., Litwin H. (2000). The effects of extreme early stress in very old age. *Journal of Traumatic Stress, 13,* 473–487.

Lang P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist, 50,* 372–385.

Lang P. J., Bradley M. M., Cuthbert B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry, 44,* 1248–1263.

Lang P. J., Davis M., Öhman A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders, 61,* 137–159.

Langer L. L. (1999). *Holocaust testimonies: The ruins of memory.* New Haven, CT: Yale University Press.

Lanius R. A., Hopper J. W., Menon R. S. (2003). Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident: A functional MRI case study. *American Journal of Psychiatry, 160,* 667–669.

Laporte L., Guttman H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personal Disorders, 10,* 247–259.

Laub D., Auerhahn N. C. (1989). Failed empathy – A central theme in the survivor's Holocaust experiences. *Psychoanalytic Psychology, 6,* 377–400.

Laub D., Auerhahn N. C. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *International Journal of Psycho-Analysis, 74,* 287–302.

Laufer R. S. (1988). The serial self: War trauma, identity and adult development // J. P. Wilson, Z. Harel, B. Kahana (Eds). *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (pp. 33–53). New York: Plenum Press.

Lazarus A. A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics and Behavior, 4,* 255–261.

Leahy R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy.* New York: Guilford.

Leavitt F. (2001). MMPI profile characteristics of women with varying levels of normal dissociation. *Journal of Clinical Psychology, 57,* 1469–1477.

Leeds A. M. (2009). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants.* New York: Springer Publishing Company.

Léri A. (1918). *Commotions et émotions de guerre* [Commotions and emotions of war]. Paris: Masson & Cie.

Lensvelt-Mulders G., Van der Hart O., Van Ochten J. M., Van Son M. J. M., Steele K., Breeman L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28,* 1138–1151.

Leskela J., Dieperink M., Thuras P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15,* 223–226.

Leskin G. A., Kaloupek D. G., Keane T. M. (1998). Treatment for traumatic memories: Review and recommendations. *Clinical Psychology Review, 18,* 983–1001.

Lewis C. S. (1961). *A grief observed.* New York: The Seabury Press.
Lewis D. O., Yeager C. A., Swica Y., Pincus J. H., Lewis M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1703–1710.
Levin R., Sprei E. (2003). Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment, 11,* 160–168.
Liberzon I., Phan K. L. (2003). Brain-imaging studies of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrum, 8,* 641–650.
Lilienfeld S. O., Lynn S. J. (2003). Dissociative identity disorder: Multiple personalities, multiple controversies // S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, J. M. Lohr (Eds). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 109–142). New York: Guilford.
Linehan M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guildford Press.
Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation, 5,* 196–204.
Liotti G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders // S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds). *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 343–363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
Liotti G. (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology // J. Solomon, C. George (Eds). *Attachment disorganization* (pp. 297–317). New York: Guilford.
Liotti G. (1999b). Understanding the dissociative process: The contributions of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry, 19,* 757–783.
Liotti G., Pasquini P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. The Italian Group for the Study of Dissociation. *Acta Psychiatrica Scandanavia, 102,* 282–289.
Lipschitz D. S., Winegar R. K., Hartnick E., Foote B., Southwick S. M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 385–392.
Llinás R. R. (2001). *I of the vortex: From neurons to self.* Cambridge, MA: MIT Press.
Loevinger J. (1976). *Ego development.* San Francisco: Jossey-Bass.
Loewenstein R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 14,* 567–604.
Loewenstein R. J. (1993). Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review // D. Spiegel (Ed.). *Dissociative disorders: A clinical review* (pp. 45–78). Lutherville, MD: Sidran Press.
Loewenstein R. J. (1996). Dissociative amnesia and dissociative fugue // L. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 307–336). New York: Plenum Press.
Lotterman A. C. (1985). Prolonged psychotic states in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly, 57,* 33–46.

Lou H. C., Luber B., Crupain M., Keenan J. P., Nowak M., Kjaer T. W. et al. (2004). Parietal cortex and representation of the mental self. *Proceedings of the National Academy of Sciences U. S. A, 101,* 6827–6832.

Luria A. R. (1968). *The mind of a mnemonist.* New York: Avon.

Lyons-Ruth K. (1999). Two person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry, 19,* 576–617.

Lyons-Ruth K. (2001). The two person construction of defense: Disorganized attachment strategies, unintegrated mental states and hostile/helpless relational processes. *Psychologist Psychoanalyst, 21,* 40–45.

Lyons-Ruth K. (2003). Dissociation and the parent – infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51,* 883–911.

Lyons-Ruth K., Yellin C., Melnick S., Atwood G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment and Human Development, 5,* 330–352.

Lyons-Ruth K., Yellin C., Melnick S., Atwood G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Developmental Psychopathology, 17,* 1–23.

Macfie J., Cicchetti D., Toth S. L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology, 13,* 233–254.

Macfie J., Cicchetti D., Toth S. L. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect, 25,* 1253–1267.

Main M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work // S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (Eds). *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407–472). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Main M., Morgan H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? // L. Michelson, W. Ray (Eds). *Handbook of dissociation* (pp. 107–137). New York: Plenum.

Main M., Solomon J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern // T. B. Brazelton, M. W. Yogman (Eds). *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.

Maltz W. (2001). *The sexual healing journey: A guide for survivors of sexual abuse* (rev. ed.). New York: Harper Collins.

Marmar C. R., Weiss D. S., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Jordan K., Kulka R. A. et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry, 151,* 902–907.

Marmar C. R., Weiss D. S., Metzler T. J., Ronfeldt H. M., Foreman C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress, 9,* 63–85.

Marshall R. D., Spitzer R., Liebowitz M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156,* 1677–1685.

McCann I. L., Pearlman L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation.* New York: Brunner/Mazel.

McClellan J., Adams J., Douglas D., McCurry C., Storck M. (1995). Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: A study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse & Neglect, 19,* 1245–1254.

McCluskey U., Hooper C. A., Miller L. B. (1999). Goal-corrected empathic attunement: Developing and rating the concept within an attachment perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36,* 80–90.

McCoullough L. (1991). Davanloo's short-term dynamic psychotherapy: A crosstheoretical analysis of change mechanisms // R. Curtis & G. Stricker (Eds). *How people change: Inside and outside of therapy* (pp. 59–79). New York: Plenum.

McCullough L., Kuhn N., Andrews S., Kaplan A., Wolf J., Hurley C. L., Hurley C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy.* New York: Guilford.

McDougall W. (1926). *An outline of abnormal psychology.* London: Methuen.

McDowell D. M., Levin F. R., Nunes E. V. (1999). Dissociative identity disorder and substance abuse: The forgotten relationship. *Journal of Psychoactive Drugs, 31,* 71–83.

McFarlane A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 61* (Suppl. 5), 15–20.

McFarlane A. C., Papay P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 498–504.

McFarlane A. C., Van der Kolk B. A. (1996). Conclusions and future directions // B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 559–575). New York: Guilford.

McFarlane A. C., Yehuda R., Clark C. R. (2002). Biologic models of traumatic memories and post-traumatic stress disorder. The role of neural networks. *Psychiatric Clinics of North America, 25,* 253–270.

McGloin J. M., Widom C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology, 13,* 1021–1038.

McLean L. M., Gallop R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 160,* 369–371.

McNally R. (2003). *Remembering trauma.* Boston: Belknap Press.

Meares R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry, 156,* 1850–1855.

Meares R., Stevenson J., Gordon E. (1999). A Jacksonian and biopsychosocial hypothesis concerning borderline and related phenomena. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33,* 831–840.

Messer S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la resistance. *Journal of Clinical Psychology, 58,* 157–163.

Metzinger T. (2003). *Being no one: The self-model theory of subjectivity.* Cambridge, MA: MIT Press.

Migdow J. (2003). The problem with pleasure. *Journal of Trauma and Dissociation, 4* (1)*,* 5–25.

Miller F. T., Abrams T., Dulit R., Fyer M. (1993). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent Axis I disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 44,* 59–61.

Mineka S., Öhman A. (2002). Phobias and preparedness: The selective, automatic, and encapsulated nature of fear. *Biological Psychiatry, 52,* 927–937.

Misslin R. (2003). The defense system of fear: Behavior and neurocircuitry. *Neurophysiology Clinic, 33,* 55–66.

Mitchell T. W. (1922). *Medical psychology and psychical research.* London: Society of Psychical Research.

Modai I. (1994). Forgetting childhood: A defense mechanism against psychosis in a Holocaust survivor. *Clinical Gerontologist, 14,* 67–71.

Modell A. (1990). *Other times, other realities: Towards a theory of psychoanalytic treatment.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moene F. C., Spinhoven P., Hoogduin C. A. L., Sandijck P., Roelofs K. (2001). Hypnotizability, dissociation, and trauma in patients with a conversion disorder: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8,* 400–410.

Moradi A. R., Taghavi M. R., Neshat Doost H. T., Yule W., Dalgleish T. (1999). Performance of children and adolescents with PTSD on the Stroop colournaming task. *Psychological Medicine, 29,* 415–419.

Moreau C., Zisook S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 25,* 775–790.

Moreau de Tours J. J. (1845). *Du haschish et de l'aliénation mentale: Études psychologiques* [Hashish and Mental derangement: Psychological studies]. Paris: Fortin, Masson & Cie. English edition: *Hashish and mental illness.* New York: Raven Press, 1973.

Moreau de Tours J. J. (1865). *De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystérie-épilepsie et à l'épilepsie* [On hysterical madness and some of its nervous phenomena in hysterical convulsions, hysterical epilepsy, and epilepsy]. Paris: Masson.

Morgan III C. A., Hazlett G., Wang S., Richardson E. G., Schnurr P., Southwick S. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute uncontrollable stress: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1239–1247.

Morgan III C. A., Hill S., Fox P., Kingham P., Southwick S. M. (1999). Anniversary reactions in Gulf war veterans: A follow-up inquiry 6 years after the war. *American Journal of Psychiatry, 156,* 1075–1079.

Mueser K. T., Goodman L. B., Trumbetta S. L., Rosenberg S. D., Osher C., Vidaver R., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 66,* 493–499.

Mulder R. T., Beautrais A. L., Joyce P. R., Fergusson D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry, 155,* 806–811.

Myers C. S. (1916a, March 18). Contributions to the study of shell shock. *The Lancet,* 608–613.

Myers C. S. (1916b, September 9). Contributions to the study of shell shock. *The Lancet,* 461–467.
Myers C. S. (1940). *Shell shock in France 1914–1918.* Cambridge: Cambridge University Press.
Najavits L. (2002). *Seeking safety.* New York: Guilford.
Nathan P., Gorman J. (2002). *A guide to treatments that work.* Oxford: Oxford University Press.
Nathanson D. L. (Ed.) (1987). *The many faces of shame.* New York: Guilford.
Nathanson D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of self.* New York: Norton.
Nemiah J. C. (1989). Janet redivivus: The centenary of *L'automatisme psychologique. American Journal of Psychiatry, 146,* 1527–1529.
Nemiah J. C. (1991). Dissociation, conversion, and somatization // A. Tasman, S. M. Goldfinger (Eds). *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 248–260). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Nemiah J. C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation, and the unconsciousness: Their history and current implications // J. D. Bremner, C. R. Marmar (Eds). *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 1–26). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Newman E., Kaloupek D., Keane T. M. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in clinical and research settings // B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 242–275). New York: Guilford.
Nijenhuis E. R. S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma* [Dissociative disorders and psychological trauma]. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.
Nijenhuis E. R. S. (1996). Dissociative identity disorder in a forensic psychiatric patient: A case report. *Dissociation, 9,* 282–288.
Nijenhuis E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues.* New York: Norton (Original work published in 1999).
Nijenhuis E. R. S. (2012). Consciousness and self-consciousness in dissociative disorders // V. Sinason (Ed.). *Trauma, dissociation and multiplicity* (pp. 111–153). London: Routledge.
Nijenhuis E. R. S., Den Boer J. A. (2007). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality // E. Vermetten, M. J. Dorahy, D. Spiegel (Eds). *Traumatic Dissociation: Neurobiology and treatment:* (pp. 219–236) Arlington, VA: American Psychiatric Press.
Nijenhuis E. R. S., De Boer J. A. (2009). Psychobiology of traumatisation and trauma-related structural dissociation of the personality // P. F. Dell, J. A. O'Neil (Eds). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM–V and beyond* (pp. 337–367). New York: Routledge.
Nijenhuis E. R. S., Matthess H., Ehling T. (2004, November). Psychobiological studies of structural dissociation. *Proceedings of the 21st International Society for the Study of Dissociation,* pp. 19–20. New Orleans, LA.
Nijenhuis E. R. S., Quak J., Reinders S., Korf J., Vos H., Marinkelle A. B. (1999). Identity dependent processing of traumatic memories in dissociative identity disorder: Con-

verging regional blood flow, physiological and psychological evidence. *Proceedings of the 6th European Conference on Traumatic Stress: Psychotraumatology, clinical practice, and human rights,* Istanbul, Turkey.

Nijenhuis E. R. S., Spinhoven P., Vanderlinden J., Van Dyck R., Van der Hart O. (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defense reactions to predatory imminence and injury. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 63–73.

Nijenhuis E. R. S., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease, 184,* 688–694.

Nijenhuis E. R. S., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96,* 311–318.

Nijenhuis E. R. S., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J. (1998a). Psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 67,* 17–23.

Nijenhuis E. R. S., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J. (1998b). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 711–730.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O. (1999a). Forgetting and reexperiencing trauma // J. Goodwin, R. Attias (Eds). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 39–65). New York: Basic Books.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O. (1999b). Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective // J. Goodwin & R. Attias (Eds). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 89–127). New York: Basic Books.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O. (2011). *Defining dissociation in trauma. Journal of Trauma & Dissociation, 12* (4), 464–473.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O., Kruger K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9,* 200–210.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O., Kruger K., Steele K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse, and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 678–686.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O., Steele K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders // H. D'Haenen, J. A. den Boer, P. Willner (Eds). *Biological Psychiatry* (pp. 1079–1098). London: Wiley.

Nijenhuis E. R. S., Van der Hart O., Steele K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance. Available at http://www.trauma-pages.com.

Nijenhuis E. R. S., Vanderlinden J., Spinhoven P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociation. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 243–260.

Nijenhuis E. R. S., Van Duijl M. (2001, December). Dissociative symptoms and reported trauma among Ugandan patients with possessive trance disorder. *Proceedings of the 18th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation,* New Orleans, LA.

Nijenhuis E. R. S., Van Dyck R., Spinhoven P., Van der Hart O., Chatrou M., Vanderlinden J., Moene F. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33,* 511–520.

Nijenhuis E. R. S., Van Engen A., Kusters I., Van der Hart O. (2001). Peritraumatic somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation, 2* (3), 49–68.

Noë A. (2004). *Action in perception.* Cambridge, MA: MIT Press.

Noll J. G., Horowitz L. A., Bonanno G. A., Trickett P. K., Putnam F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence, 18,* 1452–1471.

Noyes R., Hoenk P. R., Kupperman B. A., Slymen D. J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 164,* 401–407.

Noyes R., Kletti R. (1976). Depersonalization in the face of life-threatening danger: An interpretation. *Omega, 7,* 103–114.

Noyes R., Kletti R. (1977). Depersonalization in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry, 18,* 375–384.

Ogata S. N., Silk K. R., Goodrich S., Lohr N. E., Westen D., Hill E. M. (1990). Childhood physical and sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1008–1013.

Ogawa J. R., Sroufe L. A., Weinfield N. S., Carlson E. A., Egeland B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology, 9,* 855–879.

Ogden P., Minton K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. *Traumatology, 6.* http://www.trauma-pages.com.

Ogden P., Minton K., Pain C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.* New York: Norton.

Ohan J. L., Myers K., Collett B. R. (2002). Ten-year review of rating scales. IV: Scales assessing trauma and its effects. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry, 41,* 1401–1422.

Olio K., Cornell W. (1993). The therapeutic relationship as the foundation for treatment of adult survivors of sexual abuse. *Psychotherapy, 30,* 512–523.

Orne M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 58,* 277–299.

Ozer E. J., Best S. R., Lipsey T. L., Weiss D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129,* 52–73.

Panksepp J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions.* New York: Oxford University Press.

Panksepp J. (2003). At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain. *Brain and Cognition, 52,* 4–14.

Parson E. R. (1984). The reparation of self: Clinical and theoretical dimensions in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 14,* 4–56.

Parson E. R. (1998). Traumatherapy 2001, Part I: "The reparation of the self" revisited on the way into the 21st century. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 28,* 239–279.

Pavlov I. P. (1927). *Conditioned reflexes.* London: Oxford University Press.

Pearlman L. A., Saakvitne K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors.* New York: Norton.

Pelcovitz D., Van der Kolk B. A., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for the disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10,* 3–16.

Peri T., Ben Shakhar G., Orr S. P., Shalev A. Y. (2000). Psychophysiologic assessment of aversive conditioning in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 47,* 512–519.

Perry B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Posttraumatic stress disorders in children // M. Murberg (Ed.). *Catecholamine function in post traumatic stress disorder: Emerging concepts* (pp. 233–255). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Perry B. D. (1999). The memories of states: How the brain stores and retrieves traumatic experience // J. M. Goodwin, R. Attias (Eds). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 9–38). New York: Basic Books.

Perry B. D., Pate J. E. (1994). Neurodevelopment and the psychobiological roots of posttraumatic stress disorder // L. F. Koziol, C. E. Stout (Eds). *The neuropsychology of mental illness: A practical guide* (pp. 129–147). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Perry B. D., Pollard R. (1998): Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7,* 33–51.

Perry J. C. (1985). Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *American Journal of Psychiatry, 142,* 15–21.

Peterson J. A. (1996). Hypnotherapeutic techniques to facilitate psychotherapy with PTSD and dissociative clients // L. K. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 449–474). New York: Plenum.

Phillips M. (2001). Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR, Eye Movement Desensitization Reprocessing. *American Journal of Clinical Hypnosis, 43,* 247–262.

Polan H. J., Hofer M. A. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses // J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 162–180). New York: Guilford.

Pope C. A., Kwapil T. (2000). Dissociative experiences in hypothetically psychosisprone college students. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188,* 530–536.

Pope K. S., Brown L. S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics.* Washington, DC: American Psychological Association.

Porges S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology, 42,* 123–146.

Porges S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology and Behavior, 79,* 503–513.
Power K., McGoldrick T., Brown K., Buchanan R., Sharp D., Swanson V., Karatzias A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9,* 299–318.
Prince M. (1905). *The dissociation of a personality.* London: Longmans, Green. Prince, M. (1927). Suggestive repersonalization. *Archives of Neurology and Psychiatry, 21,* 159–189.
Prueter C., Schultz-Venrath U., Rimpau W. (2002). Dissociative symptoms and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. *Epilepsia, 43,* 188–192.
Putnam F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* New York: Guilford.
Putnam F. W. (1991). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 14,* 489–502.
Putnam F. W. (1993). Diagnosis and clinical phenomenology of multiple personality disorder: A North American perspective. *Dissociation, 6,* 80–86.
Putnam F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective.* New York: Guilford.
Putnam F. W. (2005, November). *States of being.* Fourth Pierre Janet Memorial Lecture. Presented at the International Society for the Study of Dissociation's 22nd International Fall conference. Toronto, ON, Canada.
Putnam F. W., Guroff J. J., Silberman E. K., Barban L., Post R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 47,* 285–293.
Putnam F. W., Helmers K., Trickett P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect, 17,* 731–741.
Raine N. V. (1998). *After silence: Rape and my journey back.* New York: Crown.
Rau V., DeCola J. P., Fanselow M. S. (2005). Stress-induced enhancement of fear learning: An animal model of posttraumatic stress disorder. *Neuroscience & Biobehavior Review, 29,* 1207–1223.
Ray W., Faith M. (1995). Dissociative experiences in a college age population. *Personality and Individual Differences, 18,* 223–230.
Read J., Perry B. D., Moskowitz A., Connolly J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry, 64,* 319–345.
Read J., Ross C. A. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of the American Academy of Psychoanalytic & Dynamic Psychiatry, 31,* 247–268.
Read J., Van Os J., Morrison A. P., Ross C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112,* 330–350.
Reinders A. A. T. S., Nijenhuis E. R. S., Paans A. M., Korf J., Willemsen A. T. M., Den Boer J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage, 20,* 2119–2125.

Reinders A. A. T. S., Nijenhuis E. R. S., Quak J., Korf J., Paans A. M. J., Haaksma J., Willemsen A. T. M., Den Boer J. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry, 60,* 730–740.

Reinders A. A. T. S., Van Eekeren M., Vos H., Haaksma J., Willemsen A. T. M., Den Boer J., Nijenhuis E. R. S. (2008). The dissociative brain: Feature or ruled by fantasy? Proceedings of the First International Conference of the European Society of Trauma and Dissociation. Amsterdam, April 17–19, p. 30.

Remarque E. M. (1982). *All Quiet on the Western Front,* New York: Ballantine Books (Original work published 1929).

Resch F. (2004). Entwicklungspsychopathology und Strukturdynamik [Psychopathology of development and structural dynamics]. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 72,* S23 – S28.

Rescorla R. A. (1998). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist, 43,* 151–160.

Rescorla R. A. (2003). Contemporary study of Pavlovian conditioning. *Spanish Journal of Psychology, 6,* 185–195.

Resick P. A., Schnicke M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims.* Newbury Park, CA: Sage.

Resnick H. S. (1996). Psychometric review of trauma assessment for adults (TAA) // B. H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 362–364). Lutherville, MD: Sidran Press.

Resnick H. S., Falsetti S. A., Kilpatrick D. G., Foy D. W. (1994, November). *Associations between panic attacks during rape assaults and follow-up PTSD or panic attack outcomes*. Presentation at the 10th Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies, Chicago.

Ribot T. (1885). *Les maladies de la personnalité* [Diseases of the personality]. Paris: Félix Alcan.

Rivers W. H. R. (1920). *Instinct and the unconscious: A contribution to a biological theory of the psycho-neuroses.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Rizzolatti G., Craighero L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience, 27,* 169–192.

Roelofs K., Keijsers G. P. J., Hoogduin C. A. L., Näring G. W. B., Moene F. C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1908–1913.

Roelofs K., Spinhoven P., Sandijck P., Moene F., Hoogduin K. A. L. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193,* 508–514.

Romans S., Belaise C., Martin J., Morris E., Raffi A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women: An epidemiological study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71,* 141–150.

Rosenberg S., Mueser K., Friedman M., Gorman P., Drake R., Vidaver R., Torrey W., Jankowski M. K. (2001). Developing effective treatments for posttraumatic stress disorder among people with severe mental illness. *Psychiatric Services, 52,* 1453–1461.

Rosenfeld H. (1987). *Impasse and interpretation.* London: Routledge.

Ross C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment.* Toronto, Canada: Wiley.

Ross C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation // L. K. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation* (pp. 3–24). New York: Plenum.

Ross C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality.* New York: Wiley.

Ross C. A. (2004). *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment.* Binghamton, NY: Haworth.

Ross C. A. (2009). A dissociative model of borderline personality disorder // M. H. Jackson, L. F. Westbrook (Eds). *Borderline personality disorder: New research.* New York: Nova Science Publishers.

Ross C. A., Joshi S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry, 33,* 269–273.

Ross C. A., Miller S. D., Bjornson L., Reagor P., Fraser G., Anderson G. (1991). Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 36,* 97–101.

Ross C. A., Miller S. D., Reagor P., Bjornson L., Fraser G. A., Anderson G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 31,* 111–118.

Ross C. A., Norton G. R., Wozney K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry, 34,* 423–418.

Roth S., Newman E., Pelcovitz D., Van der Kolk B., Mandel F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress 10,* 539–556.

Rothbaum B. O., Davis M. (2003). Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1008,* 112–121.

Rothbaum B., Meadows E., Resick P., Foy D. (2000). Cognitive-behavioral therapy // E. Foa, T. Keane, M. Friedman (Eds). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 60–83). New York: Guilford.

Rothbaum B. O., Schwartz A. C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy, 56,* 59–75.

Rothschild B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma.* New York: Norton.

Roussy G., Lhermitte J. (1917). *Psychonévroses de guerre* [Psychoneuroses of war]. Paris: Masson & Cie.

Rowe C. E. (1996). The concept of resistance in self psychology. *American Journal of Psychotherapy, 50,* 66–74.

Rowe C. E., Mac Isaac D. S. (1991). *Empathic attunement: The "technique" of psychoanalytic self psychology.* Northvale, NJ: Aronson.

Rows R. G. (1916). Mental conditions following strain and nerve shock. *British Medical Journal, ii,* 441–443.

Runtz M., Schallow J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21,* 211–226.

Sachs R. G., Peterson J. A. (1996). Memory processing and the healing experience // L. K. Michelson, W. J. Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 475–498). New York: Plenum.

Salter A. C. (1995). *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Sandman C. A., Barron J. L., Colman H. (1990). An orally administered opiate blocker, naltrexone, attenuates self-injurious behavior. *American Journal of Mental Retardation, 95,* 93–102.

Şar V., Akyuz G., Kundakci T., Kiziltan E., Dogan O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry, 161,* 2271–2276.

Şar V., Kundakci T., Kiziltan E., Bakim B., Bozkurt O. (2000). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 1* (4), 67–80.

Şar V., Ross C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America, 29,* 129–144.

Şar V., Tutkun H., Alyanak B., Bakim B., Baral I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 41,* 216–222.

Şar V., Öztürk E. (2009). Psychotic presentations of dissociative identity disorder // P. Dell, J. O'Neil (Eds). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 535–555). New York: Routledge.

Şar V., Unal S. N., Öztürk E. (2007). Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research, 156* (3), 217–223.

Sautter F. J., Brailey K., Uddo M. M., Hamilton M. F., Beard M. G., Borges A. H. (1999). PTSD and comorbid psychotic disorder: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress, 12,* 73–89.

Saxe G. N., Van der Kolk B. A., Berkowitz R., Chinman G., Hall K., Lieberg G. et al. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1037–1042.

Schachtel E. G. (1947). On memory and childhood amnesia. *Psychiatry, 10,* 1–26.

Schmahl C. G., Elzinga B. M., Vermetten E., Sanislow C., McGlashan T. H., Bremner J. D. (2003). Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biological Psychiatry, 54,* 142–151.

Schäfer I., Aderhold V., Freyberger H. J., Spitzer C. (2008). Dissociative symptoms in schizophrenia // A. Moskowitz, I. Schäfer, M. J. Dorahy (Eds). *Psychosis, trauma and dissociation* (pp. 151–175). Oxford: Wiley-Blackwell.

Schäfer I., Ross C. A., Read J. (2008). Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders // A. Moskowitz, I. Schäfer, M. J. Dorahy (Eds). *Psychosis, trauma and dissociation* (pp. 137–150). Oxford: WileyBlackwell.

Schnurr P. P., Jankowski M. K. (1999). Physical health and post-traumatic stress disorder: Review and synthesis. *Seminal Clinical Neuropsychiatry, 4,* 295–304.

Schore A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Schore A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36,* 9–30.

Schore A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self.* New York: Norton.

Schore A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self.* New York: Norton.

Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M. J., Van IJzendoorn M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 54–63.

Schwartz H. L. (2000). *Dialogues with forgotten voices: Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders.* New York: Basic Books.

Schwartz L. (1951). *Die dynamische Psychologie von Pierre Janet* [The dynamic psychology of Pierre Janet]. Basel, Switzerland: B. Schwabe.

Shalev A. Y., Freedman S., Peri T., Brandes D., Sahar T., Orr S. P., Pitman R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry, 155,* 630–637.

Shalev A. Y., Ragel-Fuchs Y., Pitman R. K. (1992). Conditioned fear and psychological trauma. *Biological Psychiatry, 31,* 863–865.

Shaphiro F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shephard B. (2000). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Siegel D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience.* New York: Guilford.

Silberg J. (1996). *The dissociative child.* Lutherville, MD: Sidran Press.

Simeon D., Guralnik O., Gross S., Stein D. J., Schmeidler J., Hollander E. (1998). The detection and measurement of depersonalization disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186,* 536–542.

Simeon D., Guralnik O., Hazlett E. A., Spiegel-Cohen J., Hollander E., Buchsbaum M. S. (2000). Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1782–1788.

Simeon D., Guralnik O., Schmeidler J., Sirof B., Knutelska M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1027–1033.

Simmel E. (1919). Zweites Korreferat [Second co-lecture] // S. Freud et al. *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen* [Psychoanalysis and the war neuroses]. (pp. 42–60). Leipzig and Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Simon R. I. (2001). Commentary: Treatment boundaries – Flexible guidelines, not rigid standards. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 29,* 287–289.

Singer T., Seymour B., O'Doherty J., Kaube H., Dolan R. J., Frith C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science, 303,* 1157–1162.

Skinner B. F. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19,* 171–179.

Slade A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults // J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 575–594). New York: Guilford.

Sloman L., Gilbert P. (Eds) (2000). *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Smith L., Gasser M. (2005). The development of embodied cognition: Six lessons from babies. *Artificial Life, 11,* 13–29.

Solomon M. F., Siegel D. J. (Eds) (2000). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain.* New York: Norton.

Somer E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative study. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32,* 197–212.

Somer E., Dell P. F. (2005). Development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): A valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 6* (1), 31–53.

Somer E., Nave O. (2001). An ethnographic study of former dissociative disorder patients. *Imagination, Cognition, and Personality, 20,* 315–346.

Southwick S. M., Bremner D., Krystal J. H., Charney D. S. (1994). Psychobiologic research in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 17,* 251–264.

Southwick S., Yehuda R., Giller E. Jr. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1020–1504.

Spanos N. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Behavior and Brain Sciences, 116,* 143–165.

Spiegel D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 7,* 101–110.

Spiegel D. (1986). Dissociation, double binds, and post-traumatic stress in multiple personality disorder // B. G. Braun (Ed.). *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 61–77). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiegel D. (1993). Multiple posttraumatic personality disorder // R. P. Kluft, C. G. Fine (Eds). *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 87–99). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiegel D., Cardeña E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 366–378.

Spiegel D., Classen C., Thurston E., Butler L. (2004). Trauma-focused versus present-focused models of group therapy for women sexually abused in childhood // L. Koenig, L. Doll, A. O'Leary, W. Pequegnat (Eds). *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 251–268). Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel D., Frischholz E. J., Spira J. (1993). Functional disorders of memory // American Psychiatric Press (Ed.). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 12, pp. 747–782). Washington, DC: Author.

Spinazzola J., Blaustein M., Van der Kolk B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress, 18,* 425–436.

Spitzer C., Haug H. J., Freyberger H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology, 30,* 67–75.

Spitzer C., Spelsberg B., Grabe H. J., Mundt B., Freyberger H. J. (1999). Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 46,* 291–294.

Stamenov M. I., Gallese V. (2002). *Mirror neurons and the evolution of brain and language.* Amsterdam–Philadelphia: John Benjamins.

Stamm B. H. (Ed.) (1996). *Measurement of stress, trauma, and adaptation.* Lutherville, MD: Sidran Press.

Stark M. (1994). *Working with resistance.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Steele K., Colrain J. (1990). Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques // M. A. Hunter (Ed.). *The sexually abused male* (Vol. 2, pp. 1–55). Lexington MA: Lexington Press.

Steele K., Dorahy M., Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (2009). Dissociation and alterations in consciousness: Different but related concepts // P. F. Dell, J. O'Neill, E. Somer (Eds). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 155–169). New York: Routledge

Steele K., Van der Hart O. (1994, November). *Beyond shattered assumptions: Towards a new theory of personal reality.* Paper presented at the 11th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation. Chicago, IL.

Steele K., Van der Hart O. (2004). The hypnotherapeutic relationship with traumatized patients: Pierre Janet's contributions to current treatment. *Janetian Studies, 1* (1). http://www.pierre-janet.com/JanetianStudiesBody.htm.

Steele K., Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation, 2* (4), 79–116.

Steele K., Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming traumarelated phobias. *Journal of Trauma and Dissociation, 6* (3), 11–53.

Stein M. B., Walker J. R., Anderson G., Hazen A. L., Ross C. A., Eldridge G. et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 153,* 275–277.

Steinberg M. (1994a). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders* (rev. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg M. (1994b). *Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-IV Dissociatieve Stoornissen* (Nederlandse vertaling S. Boon & N. Draijer). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Steinberg M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic, 64,* 146–163.

Steinberg M., Cicchetti D., Buchanan J., Rakfeldt J., Rounsaville B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182,* 495–502.

Stern C. R. (1984). The etiology of multiple personalities. *Psychiatric Clinics of North America, 7,* 149–160.

Stern D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant.* New York: Basic Books.

Stern D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life.* New York: Norton.

Stiglmayr C. E., Shapiro D. A., Stieglitz R. D., Limberger M. F., Bohus M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder: A controlled study. *Journal of Psychiatric Research, 35,* 111–118.

Strean H. S. (1993). *Resolving counterresistance in psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Stuss D. T., Knight R. T. (Eds) (2002). *Principles of frontal lobe function.* Oxford: Oxford University Press.

Taine H. (1878). *De l'intelligence* [Concerning intelligence] (3rd ed.). Paris: Hachette.

Tauber Y. (1996). The traumatized child and the adult: Compound personality in child survivors of the Holocaust. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences, 33,* 228–237.

Tauber Y. (1998). *In the other chair: Holocaust survivors and the second generation as therapists and clients.* Jerusalem: Gefen.

Teicher M. H., Andersen S. L., Polcari A., Anderson C. M., Navalta C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 25* (2), 397–426.

Terr L. (1983). Time sense following psychic trauma: A clinical study of ten adults and twenty children. *American Journal of Orthopsychiatry, 53,* 244–261.

Terr L. C. (1984). Time and trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child, 39,* 633–665.

Tichener J. L. (1986). Posttraumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives // C. R. Figley (Ed.). *Trauma and its wake:* Vol. 2. *Traumatic stress, theory, research, and intervention* (pp. 5–19). New York: Brunner/Mazel.

Timberlake W. (1994). Behavior systems, associationism, and Pavlovian conditioning. *Psychonomic Bulletin & Review, 1,* 405–420.

Timberlake W., Lucas G. R. (1989). Behavior systems and learning: From misbehavior to general principles // S. B. Klein & R. R. Mowrer (Eds). *Contemporary leaning theories: Instrumental conditioning theory and the impact of biological constraints on learning* (pp. 237–275). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Toates F. M. (1986). *Motivational systems.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Tomkins S. S. (1963). *Affects, imagery, consciousness,* Vol. 2. *Negative affects.* New York: Springer.

Tournier M. (1972). *The ogre.* New York: Pantheon.

Tucker D. M., Luu P., Pribram K. H. (1995). Social and emotional self-regulation. *Annals of the New York Academy of Sciences, 769,* 213–239.

Tulving E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology, 53,* 1–25.

Tutkun H., Yargic I., Şar V. (1996). Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation, 9,* 244–252.

Twombly J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 1* (2), 61–80.
Twombly J. H. (2005). EMDR for clients with dissociative identity disorder, DDNOS, and ego states // R. Shapiro (Ed.). *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 86–120). New York–London: Norton.
Uchino B. N., Cacioppo J. T., Kiecolt-Glaser J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119,* 488–531.
Van Gerven M., Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Kuipers T. (2002). Psychose, trauma en trauma-gerelateerde psychopathologie [Psychosis, trauma, and trauma-related psychopathology]. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 44,* 533–540.
Van der Hart O. (1983). *Rituals in psychotherapy: Transition and continuity.* New York: Irvington Publishers.
Van der Hart O. (1985). Metaphoric and symbolic imagery in the hypnotic treatment of an urge to wander: A case report. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 13,* 83–95.
Van der Hart O. (1988a). An imaginary leave-taking ritual in mourning therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 36,* 63–69.
Van der Hart O. (Ed.) (1988b). *Coping with loss: The therapeutic use of leavetaking rituals.* New York: Irvington Publishers.
Van der Hart O. (Ed.) (1991), *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation, and hypnosis]. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
Van der Hart O., Bolt H., Van der Kolk B. A. (2005). Memory fragmentation in patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 6* (1), 55–70.
Van der Hart O., Boon S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation, 10,* 157–165.
Van der Hart O., Boon S., Everdingen G. B. (1990). Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories // M. L. Fass, D. Brown (Eds). *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 231–253. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
Van der Hart O., Boon S., Friedman B., Mierop V. (1992). De reactivering van traumatische herinneringen [The reactivation of traumatic memories]. *Directieve Therapie, 12,* 12–55.
Van der Hart O., Brom D. (2000). When the victim forgets: Trauma-induced amnesia and its assessment in Holocaust survivors // A. Y. Shalev, R. Yehuda, A. C. McFarlane (Eds). *International handbook of human response to trauma* (pp. 233–248). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
Van der Hart O., Brown P. (1990). Concept of psychological trauma. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1691.
Van der Hart O., Brown P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation, 5,* 127–140.
Van der Hart O., Brown P., Van der Kolk B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 2,* 379–396; G. S. Everly Jr., J. M. Lating (Eds). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 195–210). New York: Plenum Publishing Corporation.

Van der Hart O., Dorahy M. (2009). Dissociation: History of a concept // P. F. Dell, J. O'Neill, E. Somer (Eds). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 4–26). New York: Routledge.
Van der Hart O., Friedman B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation, 2,* 3–16.
Van der Hart O., Friedman B. (1992). Trauma, dissociation and triggers: Their role in treatment and emergency psychiatry // J. B. van Luyn et al. (Eds). *Emergency psychiatry today* (pp. 137–142). Amsterdam: Elsevier.
Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (1995). Amnesia for traumatic experiences. *Hypnos, 22,* 73–86.
Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice, 30,* 37–44.
Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. (2001). Generalized dissociative amnesia: Episodic, semantic, and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35,* 589–600.
Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 413–424.
Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K., Brown D. (2004). Traumarelated dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 906–914.
Van der Hart O., Op den Velde W. (1995). Traumatische herinneringen [Traumatic memories] // O. Van der Hart (Ed.). *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation and hypnosis] (pp. 71–90). Amsterdam–Lisse: Swets & Zeitlinger.
Van der Hart O., Spiegel D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 41,* 191–209.
Van der Hart O., Steele K. (1997). Time distortions in dissociative identity disorder: Janetian concepts and treatment. *Dissociation, 10,* 91–103.
Van der Hart O., Steele K. (1999). Relieving or reliving childhood trauma?: A commentary on Miltenburg and Singer (1997). *Theory & Psychology, 9,* 533–540.
Van der Hart O., Steele K. (2000). The integration of traumatic memories versus abreaction: Clarification of terminology. *ISSD News, 18* (2), 4–5.
Van der Hart O., Steele K., Boon S., Brown P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation, 6,* 162–180.
Van der Hart O., Van der Kolk B. A., Boon S. (1998). Treatment of dissociative disorders // J. D. Bremner, C. R. Marmar (Eds). *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253–283). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Van der Hart O., Van der Velden K. (1995). Over het waarheidsgehalte van traumatische herinneringen [On the truth content of traumatic memories] // O. van der Hart (Ed.). *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation, and hypnosis]. Lisse: Swets & Zeitlinger.
Van der Hart O., Van Dijke A., Van Son M., Steele K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation, 1* (4), 33–66.

Van der Hart O., Van Ochten J., Van Son M. J. M., Steele K., Lensvelt-Mulders G. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic Stress: A critical review. *Journal of Trauma & Dissociation,9,* 481–505.

Van der Hart O., Witztum, E., Friedman B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress, 6,* 43–64.

Van der Hart O., Witztum, E. (2008). Dissociative psychosis: Clinical and theoretical aspects // A. Moskowitz, I. Schäfer, M. J. Dorahy (Eds). *Psychosis, trauma and dissociation* (pp. 257–269). Oxford: Wiley-Blackwell.

Van der Kolk B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry, 1,* 253–265.

Van der Kolk B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development // B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182–213). New York: Guilford.

Van der Kolk B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12,* 293–317.

Van der Kolk B. A., Fisler R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8,* 505–525.

Van der Kolk B. A., Hopper J. W., Osterman J. E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 4* (2), 9–31.

Van der Kolk B. A., McFarlane A. C., Van der Hart O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress // B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 417–440). New York: Guilford.

Van der Kolk B. A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F. S., McFarlane A. C., Herman J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry, 153* (Festschrift Suppl.), 83–93.

Van der Kolk B. A., Roth S., Pelcovitz D., Mandel F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD field trials for DSM-IV.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Van der Kolk B. A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 389–399.

Van der Kolk B. A., Van der Hart O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1530–1540.

Van der Kolk B. A., Van der Hart O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago, 48,* 425–454.

Van der Kolk B. A., Van der Hart O., Marmar C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder // B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 302–327). New York: Guilford.

Van Derbur M. (2004). *Miss America by day: Lessons learned from ultimate betrayals and unconditional love.* Denver, CO: Oak Hill Ridge Press.

Van Gerven M., Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Kuipers T. (2002). Psychose, trauma en traumagerelateerde psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 44* (8), 533–540.

Van IJzendoorn M., Schuengel C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review, 16,* 365–382.

Vanderlinden J. (1993). *Dissociative experiences, trauma, and hypnosis: Research findings and applications in eating disorders.* Delft, the Netherlands: Eburon.

Vanderlinden J., Van Dyck R., Vandereycken W., Vertommen H. (1993). Dissociation and traumatic experiences in the general population of the Netherlands. *Hospital & Community Psychiatry, 44,* 786–788.

Vasterling J. J., Brailey K., Constans J. I., Sutker P. B. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology, 12* (1), 125–133.

Vasterling J. J., Duke L. M., Brailey K., Constans J. I., Allain A. N., Sutker P. B. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology, 16,* 5–14.

Vermetten E., Bremner J. D. (2000). Dissociative amnesia: Re-remembering traumatic memories // G. E. Berrios, J. R. Hodges (Eds). *Memory disorders in psychiatric practice* (pp. 400–431). Cambridge–New York: Cambridge University Press.

Vermetten E., Bremner J. D. (2002). Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 16,* 14–38.

Vermetten E., Schmahl C., Lindner S., Loewenstein R. J., Bremner J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry, 163,* 630–636.

Waelde L. C., Koopman C., Rierdan J., Spiegel D. (2001). Symptoms of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following exposure to disastrous flooding. *Journal of Trauma and Dissociation, 2* (2), 37–52.

Wald J., Taylor S. (2005). Interoceptive exposure therapy combined with trauma-related exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A case report. *Cognitive Behavior Therapy, 34,* 34–40.

Waller G., Hamilton K., Elliott P., Lewendon J., Stopa L., Waters A. et al. (2000). Somatoform dissociation, psychological dissociation and specific forms of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation, 1* (4), 81–98.

Waller G., Ohanian V., Meyer C., Everill J., Rouse H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 40* (4), 387–397.

Waller N. G., Putnam F. W., Carlson E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1,* 300–321.

Wang S., Wilson J. P., Mason J. W. (1996). Stages of decompensation in combat-related posttraumatic stress disorder: A new conceptual model. *Integrative Physiolology & Behavioral Science, 31,* 237–253.

Wenninger K., Ehlers A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress, 11,* 281–300.

Weze C., Leathard H. L., Grange J., Tiplady P., Stevens G. (2005). Evaluation of healing by gentle touch. *Public Health, 119,* 3–10.

Wildgoose A., Waller G., Clarke S., Reid A. (2000). Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: Dissociation and fragmentation as mediators. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188,* 757–763.

Wilson J. P., Lindy J. D. (Eds) (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD.* New York: Guilford.

Wilson J. P., Keane T. M. (Eds) (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD.* New York: Guilford.

Wilson J. P., Thomas R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD.* New York: Brunner Routledge.

Wilson M. (2001). The case for sensorimotor coding in working memory. *Psychonomic Bulletin and Review, 8,* 44–57.

Wilson M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin and Review, 9,* 625–636.

Winnicott D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment.* New York: International Universities Press.

Winnik H. Z. (1969). Second thoughts about "psychic trauma". *Israel Journal Psychiatry and Related Disciplines, 1,* 82–95.

Witztum E., Margalit H., Van der Hart O. (2002). Combat-induced dissociative amnesia: Review and case example of generalized dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation, 3* (2), 35–55.

Witztum E., Van der Hart O., Friedman B. (1988). The use of metaphors in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 18,* 270–290.

Worden J. W. (2001). *Grief counseling and grief therapy* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organisation (1992). *ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva, Switzerland: Author.

Yargic L. I., Şar V., Tutkun H., Alyanak B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 39,* 345–351.

Yehuda R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine, 346,* 108–114.

Yen S., Shea M. T., Battle C. L., Johnson D. M., Zlotnick C., Dolan-Sewell R. et al. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190,* 510–518.

Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. (2003). *Schema therapy: Apractitioner's guide.* New York: Guilford.

Zanarini M. C., Ruser T., Frankenburg F. R., Hennen J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry, 41,* 223–227.

Zanarini M. C., Yong L., Frankenburg F. R., Hennen J., Reich D. B., Marino M. F. et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to sever-

ity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190,* 381–387.

Zanarini M. C., Williams A. A., Lewis R. E., Reich R. B., Vera S. C., Marino M. F. et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1101–1106.

Ziegler D. J., Leslie Y. M. (2003). A test of the ABC model underlying rational emotive behavior therapy. *Psychological Reports, 92,* 235–240.

Zlotnick C., Zakriski A. L., Shea M. T., Costello E., Begin A., Pearlstein T. et al. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 9,* 195–205.

Научное издание

Серия «Клиническая психология»

Онно Ван дер Харт, Эллерт Нейенхэюс, Кэти Стил

Призраки прошлого

Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы

Редактор – *О. В. Шапошникова*
Макет, обложка и верстка – *С. С. Фёдоров*

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
Тел.: (495) 682-61-02
E-mail: post@cogito-shop.com, cogito@bk.ru
www.cogito-centre.com

Сдано в набор 01.04.13. Подписано в печать 25.04.13
Формат 70×100/16. Бумага офсетная. Печать офсетная
Гарнитура ITC Charter. Усл. печ. л. 40,3. Уч.-изд. л. 33,2
Тираж 1200 экз. Заказ .

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, МО, г. Можайск, ул. Мира, д. 93